

née 1937

THÈSE

POUR LE

N°

537

Doctorat de l'Université de Paris

(Mention MÉDECINE)

PAR

SALOMON PUPKO

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 28 Juillet 1907, à Lida (Pologne)

es COMPLICATIONS
graves, mortelles
de l'ÉRYSIPÈLE

Président : M. LEMIERRE, Professeur

LIBRAIRIE LIPSCHUTZ

4, Place de l'Odéon

PARIS

166

née 1937

THÈSE

N°

POUR LE

Doctorat de l'Université de Paris

(Mention MÉDECINE)

PAR

SALOMON PUPKO

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 28 Juillet 1907, à Lida (Pologne)

es **COMPLICATIONS** graves, mortelles de **l'ÉRYSIPELE**

Président : M. LEMIERRE, Professeur

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	OLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	{ LOEPER.
	{ CARNOT.
	{ CLERC.
	{ Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	{ CUNÉO.
	{ GOSSET.
	{ GRÉGOIRE.
	{ LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	{ BRINDEAU.
	{ COUVELAIRE.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	{ HOVELACQUE.
	{ MULON.
	{ OLIVIER.
	{ VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE . . .	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY . . .	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) . . .	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) . . .	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin) . . .	Hydrologie.
BOULIN . . .	Pathologie médicale.
BULLIARD . . .	Histologie.
CATHALA . . .	Pathologie médicale.
CHEVALLIER . . .	Pathologie médicale.
COSTE . . .	Pathologie médicale.
DOGNON . . .	Physique.
FEY . . .	Urologie.

MM.

FUNCK . . .	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD . . .	Parasitologie.
GASTINEL . . .	Bactériologie.
DE GAUDARD D'ALLAINES . . .	Pathologie chirurgicale.
GAYET . . .	Physiologie.
DE GENNES . . .	Pathologie médicale.
GIROUD . . .	Histologie.
HACUENAU . . .	Pathologie médicale.
HALPHEN . . .	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD . . .	Pharmacologie.
HUGUENIN . . .	Anatomie pathologique
JOANNON . . .	Hygiène.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE (Suite)

MM.

LACOMME . . .	Obstétrique.
LANTUÉJOUL . . .	Obstétrique.
LAROCHE (Guy) . . .	Pathologie médicale.
LELONG . . .	Pathologie médicale.
LEMAIRE . . .	Pathologie expérimentale.
LEVEUF . . .	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LÉVY . . .	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI . . .	Neurologie et Psychiatrie.
MÉNÉGAUX . . .	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET . . .	Pathologie médicale.
MOREAU . . .	Pathologie médicale.
MOULONGUET . . .	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN . . .	Pathologie médicale.

MM.

OBERLING . . .	Anatomie pathologique
PETIT-DUTAILLIS . . .	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE . . .	Médecine légale.
PORTES . . .	Obstétrique.
RENARD . . .	Ophthalmologie.
RICHET . . .	Physiologie.
SANNIÉ . . .	Chimie biologique.
SENEQUE . . .	Pathologie chirurgicale.
TROISIÉRE . . .	Pathologie expérimentale.
TURPIN . . .	Pathologie médicale.
VIGNES . . .	Obstétrique.
WILMOTH . . .	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE . . .	Pathologie chirurgicale
BUSQUET . . .	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT . . .	Physiologie.
GUENIOT . . .	Obstétrique.
LARDENNOIS . . .	Pathologie chirurgicale.

MM.

LEROUX . . .	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE . . .	Parasitologie.
PHILIBERT . . .	Bactériologie.
VAUDESCAL . . .	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE . . .	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHIRAY		HEITZ-BOYER . . .	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT . . .		VELTER	
SÉZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé. . .	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

Humble hommage d'affection.

A MON BEAU-FRERE

*Témoignage de reconnaissance et
d'estime.*

A MES SOEURS

A MES NIECES

A MES AMIS

Témoignage d'attachement.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. LE PROFESSEUR LEMIERRE

Professeur de Clinique des Maladies infectieuses

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'Hôpital Claude Bernard

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse
et a bien voulu en accepter la pré-
sidence.*

*Hommage de ma gratitude et de mon
profond respect.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

STAGE

MM. LES PROFESSEURS.....	{ DELBET. BEZANÇON. CARNOT. CLERC.
MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS.	{ CADENAT. LEVEUF.

EXTERNAT

MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS.	{ GARNIER. HEITZ-BOYER. SCHWARTZ.
MM. LES DOCTEURS	{ V. CATHALA. GANDY (N.). HUBER. LAPORTE. MILIAN. REDON. RICHARD.
MM. LES DOCTEURS	{ BIDOIRE. BRUNETON. CHABRUN. DELAHAYE. FLORAND. GARNIER. LIEVRE. MARSAN (S.). PERRIN RACHELSBERG. REILLY. SCHILD. WORMS.

Modeste hommage de gratitude.

A MES CONFÉRENCIERS :

HAICK (*In memoriam*)

OUMANSKY, REBOUL, RACINE

Témoignage de reconnaissance.

A :

BOUREE, LAFAILLE, CORCOS, GASNE

Témoignage d'amitié.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

L'Erysipèle est une maladie infectieuse, due à la pénétration, dans le derme, des streptocoques virulents. C'est une streptodermite.

Il se caractérise par : la plaque érysipélateuse, des signes généraux, une évolution presque cyclique. Sa localisation à la face est la plus fréquente en tant qu'Erysipèle spontané médical.

Avant d'aborder la description des complications qui entraînent la mort au cours de l'Erysipèle, nous décrirons rapidement l'Erysipèle lui-même, tel qu'il se présente en clinique chez l'adulte sain.

Après une incubation absolument silencieuse de 3 à 7 jours, le début est brutal par des signes généraux très marqués : frissonnements ou frisson violent unique prolongé, suivi de l'ascension brusque de la température à 39° - 40° ; céphalée, malaise général, parfois vomissements. On note de la tuméfaction et de l'endolorissement, des ganglions tributaires de la zone où apparaîtra la plaque. Une angine rouge, douloureuse, est fréquente.

La plaque débute, soit sur une excoriation, soit au niveau de l'orifice du conduit auditif externe, à l'angle de l'œil, le plus souvent angle interne, au rebord d'une narine, plus rarement à la commissure labiale.

C'est d'abord une petite rougeur cuisante, surélevée, qui rapidement s'étend concentriquement, en tache d'huile. Elle entoure les yeux en lunettes, le nez et les joues en papillon. Elle va présenter tous les caractères inflammatoires :

C'est une plaque rouge, tuméfiée, douloureuse, chaude, et *signe capital*, la limitation est faite par un *bourrelet* saillant. *Rougeur* très marquée, purpurine, lie de vin, verminée, luisante, disparaît difficilement à la pression du doigt. Parfois parsemée de phlyctènes ; maximum de coloration à la périphérie. La *tuméfaction* est bien appréciée à la palpation : plaque saillante sur les parties environnantes, les doigts glissant des parties saines vers la plaque sont arrêtés par un bourrelet abrupt en dehors, en pente douce du côté central. *Douleur spontanée vive* : la palpation est douloureuse, surtout à la périphérie.

La plus grande intensité de sensibilité douloureuse, de rougeur, de tuméfaction est donc périphérique : c'est le signe du *maximum* périphérique de MILIAN, de grande valeur diagnostique.

La plaque s'étend, respecte le menton, peut envahir le lobule de l'oreille.

Dans certains cas, grande difformité de la face, avec paupières boursoufflées, ailes du nez gonflées, lèvres tuméfiées, aspect classique du « magot chinois ».

Quand la plaque gagne le cuir chevelu, elle y prend généralement une teinte plus pâle ; elle y est très douloureuse et ne se recouvre jamais de phlyctènes.

Les signes généraux, au cours de l'Erysipèle, sont habituellement très marqués :

Fièvre élevée à 39°-40° avec légères rémissions matinales. On peut observer toutes les variétés des courbes. Pouls parallèle, fort, régulier. Urines rares,

foncées, souvent albumineuses. Troubles digestifs, anorexie, langue sale, constipation.

Signes nerveux importants : insomnie, prostration ou agitation, parfois délire plus ou moins violent, surtout dans l'Erysipèle du cuir chevelu.

Globules rouges diminués, fibrine augmentée. Leucocytose marquée avec d'abord prédominance des polynucléaires.

EVOLUTION

Les signes décrits persistent 5 à 6 jours. La température tombe en lysis ou brusquement en deux temps. Depuis l'administration du *Rubiazol* aux érysipélateux, la température tombe encore plus rapidement au 2^e ou 3^e jour.

A la chute de la température s'associe souvent une vraie crise :

Polyurie, sueurs, ralentissement du pouls. La plaque regresse, puis desquame, desquamation furfuracée.

Au niveau du cuir chevelu, chute fréquente des cheveux.

Mais, récurrence fréquente, parfois Erysipèle à répétition.

En règle générale, on peut dire que l'Erysipèle, et surtout l'Erysipèle de la face, évolue vers la guérison.

Mais, il y a lieu, au point de vue pronostic et allure clinique, d'établir une différence fondamentale entre l'Erysipèle survenant chez un sujet bien portant, et évoluant vers la guérison, et l'Erysipèle survenant

sur un terrain débilité, taré, et alors d'une extrême gravité.

QUELS SONT LES FACTEURS QUI ENTRAINENT LA MORT AU COURS DE L'ERYSIPELE ?

Pour résoudre ce problème, nous avons lu une centaine d'observations des malades décédés à Claude-Bernard à la suite d'Erysipèle, au cours des années 1933, 1934, 1935 (plus exactement de février 1933 à novembre 1935) dans le service de notre maître, le Professeur Lemierre. Nous avons donc pris pour base de notre travail cet ensemble d'observations et nous l'avons par la suite renforcée par la lecture des traités et des thèses qui se rapportaient à la question qui nous intéresse.

C'est, évidemment, les résultats de ces recherches que nous livrerons dans notre modeste thèse.

COMPLICATIONS PLEURO-PULMONAIRES

Au premier rang des causes de la mort dans l'Erysipèle viennent les pneumopathies. Sur 105 cas de mort, nous avons relevé 45 fois *des complications pulmonaires*.

Celles-ci son rarement isolées, le plus souvent s'y associent des troubles ou des lésions des autres organes.

L'atteinte pulmonaire ne se traduit pas par des symptômes fonctionnels ni généraux marqués. Pas de point de côté ; une apparition ou accentuation de la dyspnée et un crochet thermique sur la courbe élevée de la température, due à l'Erysipèle lui-même,

doivent faire penser à une complication pulmonaire.

C'est surtout l'examen physique des poumons qui révèle leur atteinte.

La *congestion des bases* est la complication la plus fréquente, et se traduit par des râles sous-crépitants et de la submatité.

Elle est souvent associée à de la défaillance cardiaque et semble être autant d'origine infectieuse que mécanique.

Les atteintes pulmonaires en foyer sont aussi fréquentes, sans qu'on puisse parler de vraie pneumonie. Leur siège de prédilection est la base.

Foyer de matité ou de submatité avec souffle, râles sous-crépitants, rarement crépitants, parfois il y a une réaction pleurale avec épanchement séro-fibrineux. La formation de ces foyers peut s'accompagner de réactions fonctionnelles et thermiques marquées, mais, le plus souvent, leur début est silencieux.

Ces foyers sont souvent bilatéraux ; ils sont mobiles, extensifs ; on peut donc parler, dans ces cas, de *Broncho-pneumonie*.

L'atteinte pleuro-pulmonaire est parfois sous la dépendance d'une néphrite : congestion pulmonaire avec épanchement pleural à la suite de la chlorurémie.

Dans un cas, nous avons trouvé une pleurésie purulente associée à une néphrite hématurique au cours d'une septicémie à streptocoque.

Dans plusieurs cas, la complication pulmonaire a

été favorisée par l'état antérieur des poumons : bronchite, grippe antérieures.

Notre maître, le Professeur A. Lemierre, dans ses leçons cliniques sur les maladies infectieuses, donne une description détaillée des complications pulmonaires et pleurales survenant au cours des infections streptococciques telles que : scarlatine, otite moyenne, Erysipèle, angine, plaie septique d'un doigt. C'est par l'intermédiaire d'une septicémie que ces infections atteignent l'appareil pulmonaire, soit septicémie décelable par l'hémoculture et durable, soit simple bactériémie passagère.

Les foyers pneumoniques streptococciques présentent les caractères soit d'une pneumonie franche aiguë, soit d'une congestion pulmonaire, et peuvent s'accompagner d'épanchements séro-fibrineux spontanément curables ou qui passent à la purulence.

Parfois, ce sont de véritables abcès que le streptocoque produit dans le parenchyme pulmonaire. (M. Lemierre consacre un chapitre entier aux abcès pulmonaires, streptococciques d'origine septicémique, dans ses leçons cliniques).

Dans certains cas, les localisations pulmonaires streptococciques s'accompagnent d'une dyspnée intense tuant rapidement le malade par suffocation. C'est un œdème pulmonaire infectieux qui est en cause, qui au point de vue histologique est tantôt une réaction fibrino - leucocytaire franchement inflammatoire, tantôt une simple exsudation séreuse.

Mais, le Professeur Lemierre insiste sur le fait

qu'on ne trouve pas toujours, à l'autopsie, des sujets atteints de septicémie streptococcique et ayant présenté une dyspnée intense avec, même, des signes stéthacoustiques appréciables, des lésions pulmonaires notables.

C'est une dyspnée purement toxique due à l'atteinte des centres nerveux respiratoires.

En dehors de cette forme spéciale oedémateuse et suffocante, les localisations pleuro - pulmonaires streptococciques évoluent le plus souvent vers la guérison soit spontanée, soit au prix d'une intervention chirurgicale.

La terminaison fatale, par contre, est due à la persistance de la septicémie, qui essaime le streptocoque dans les divers organes en les altérant profondément.

Pour André Philibert (Traité de pathologie médicale de la collection Sergent) les pneumopathies, au cours de l'Erysipèle, sont souvent, lorsqu'elles se terminent par la mort, l'expression d'une septicémie.

Leur début est insidieux. Le point de côté fait défaut. La dyspnée par contre, la toux, l'expectoration muco-purulente, annoncent la localisation.

Roger (Nouveau traité de Médecine) divise les broncho-pneumonies au cours de l'Erysipèle en deux groupes : l'un relève du streptocoque, l'autre du pneumocoque. Il conclut qu'en règle générale, les pneumopathies érysipélateuses sont de nature pneumococcique. Il écrit ensuite : « Le plus souvent, la maladie se termine par la mort (11 fois sur 16 cas)

la pneumonie se développant comme phénomène ultime, au cours d'un Erysipèle particulièrement grave et précédant de quelques heures la terminaison fatale. La mort survient par les progrès rapides de l'asphyxie. Les extrémités sont froides et cyanosées. Le corps est recouvert de sueurs visqueuses. »

Observation n° 1

Madame F., 85 ans, sans profession, vient à Claude-Bernard pour un Erysipèle de la face. Depuis environ trois semaines, elle ne se sentait pas bien. Le 7 ou 8 février 1933, elle ressentit au réveil un malaise général avec céphalée intense. Pas de vomissements. Les enfants remarquèrent qu'elle présentait à l'angle interne de l'œil droit une rougeur qui, peu à peu, s'étendit à la paupière et à la joue droite, infiltrant les téguments avec sensation de tension et de brûlure.

Depuis, la fièvre et la céphalée persistent.

Antécédents : Hernie étranglée opérée il y a trois mois.

Le 11 février : la température = 38°3. P. = 80 dur, un peu irrégulier. T. A. = 16 — 11.

La malade est un peu dyspnéique, un peu trémulante. Elle présente une plaque érysipélateuse qui s'étend au front, aux paupières, des deux côtés avec prédominance à gauche, à la joue gauche, à l'oreille gauche. La plaque est rouge, chaude, douloureuse, infiltrant les téguments, sans bourrelet net. La langue est sèche.

A l'examen :

Poumons : submatité à la base droite, murmure vésiculaire très diminué, quelques râles sous-crépitants après la toux à droite.

Cœur : pas de souffle, un peu arythmique.

Réflexes : tendineux vifs, pas de Babinski.

Urines : albumine = 0, sucre = 0, urobiline = +.

Le 13 février :

Poumons : matité à la base droite, murmure vésiculaire presque aboli, surtout à droite.

Cœur : un peu arythmique. Pouls plus faible, un peu inégal, tend à être bigéminé par instants.

Décédée le 14 février.

Observation n° 2

L. C., âgé de 60 ans, mécanicien, entré le 9 juin 1933 pour un Erysipèle de la face qui a débuté le 7 juin, au niveau de l'angle externe de l'œil droit, accompagné de signes généraux intenses : céphalée persistante, frissons répétés, vomissements, élévation thermique. Les jours suivants, la plaque s'étend au nez, à la joue droite.

A l'examen, le 11 juin : Erysipèle de la joue droite, de la région orbitaire droite. L'oreille droite semble infiltrée. Il déborde sur la joue gauche.

☉ = 38°4. Pouls régulier en rapport avec la ☉ Langue humide, gorge uniformément rouge. Pas de ganglions cervicaux appréciables.

Rate : pas palpable.

Foie : matité hépatique normale, taches rubis nombreuses, trémulation.

Cœur : souffle systolique, net à la base, foyer aortique, irradié à la pointe. Le deuxième bruit accentué au même foyer.

Poumons : pas de matité, pas de râles. Réflexes : = +.

Urines : urobiline = +.

Antécédents : perte de la vision de l'œil gauche. Projection de machefer dans l'œil. Pupille déformée.

Le 12 juin : extension de l'Erysipèle au cuir chevelu. Délire. Température à 40°.

Le 14 juin : *raideur généralisée, délire, fièvre, P. L. blanche.*

Les jours suivants : la raideur diminue, mais troubles psychiques, délire, carphologie.

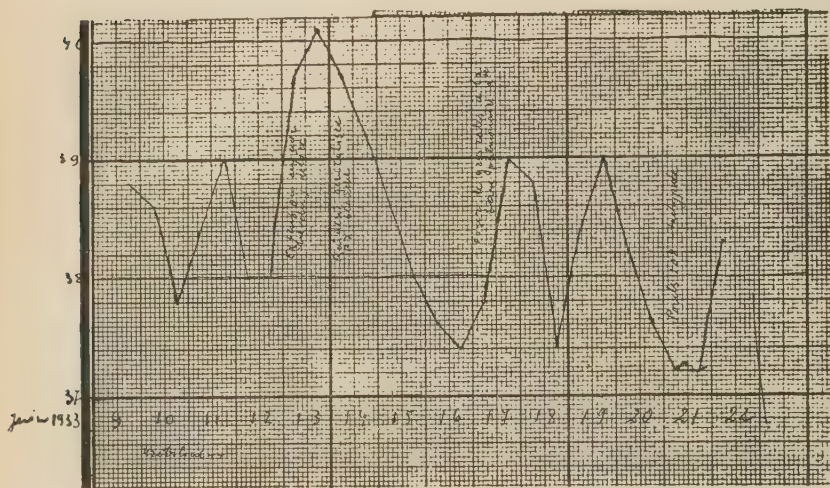
Foyer de gros râles à la base pulmonaire droite.

Le 21 juin : pouls = 108, température = 37°2, *dissociation*.

Léger battement des ailes du nez, tachypnée. Langue extrêmement sèche, rôtie, brunâtre.

Persistence des signes pulmonaires.

Décédé le 22 juin.



Observation n° 3

La petite malade, âgée de sept mois, entre dans le service le 12 octobre 1935 avec le diagnostic d'Erysipèle. Nous n'avons aucun renseignement, ni sur le mode de début, ni sur la date exacte. La mère dit seulement que sa fille est malade depuis assez longtemps.

Actuellement : rougeur intense qui s'étend de la moitié des cuisses au pubis et aux fesses, avec prédominance au niveau de la vulve qui est très œdématisée. L'œdème s'étend à la région pubienne.

La peau est très tendue, assez sèche, chaude, et est le siège d'une desquamation, écailleuse par endroits, plus fine à d'autres.

Sur la grande lèvre droite, on trouve au niveau de sa

partie moyenne un furoncle assez gros. Toute la région est douloureuse. Par ailleurs, l'enfant est très bien constituée. L'examen viscéral ne fournit aucun renseignement. Pas d'adénopathies. Température = 37°2, poids = 7 kgs 100.

Antécédents : nuls. Nourrie au lait ordinaire.

Le 15 octobre : la température est montée à 38°5. Un point blanc étant apparu sur le furoncle, on incise sur un centimètre environ. Il sort un pus jaunâtre (à l'examen : pus à strepto).

Le 16 octobre : la température est tombée dans la nuit du 15 au 16 à 37°. Ce matin, 37°3. La plaie est belle.

Dans les jours qui suivent, la plaie se referme. L'état général est excellent.

Le 23 octobre : ascension thermique.

Le 24 octobre : la température est à 37°7.

Le 25 octobre : la température à 39°6. L'examen pulmonaire montre des râles diffus, surtout nets à droite. On fait une paracentèse droite.

Le 26 octobre : dans la soirée du 25, la température monte à 40°5. Ce matin = 39°3. A l'examen : *respiration soufflante à gauche*.

Mais, à la vulve, un tout petit abcès s'est collecté au-dessous du précédent, qu'on incise.

Le 29 octobre : reprise de la température à 39°7. Oreille droite ouverte. Rien à gauche. La petite est dyspnéique, mais, à l'auscultation, peu de chose.

Le 30 octobre : *quelques râles diffus*, la température est à 40°2. Le pouls = 150. L'oreille ne coule pas.

Localement, l'Erysipèle fessier persiste, mais l'œdème vulvaire est terminé. Il n'y a pas de nouveau furoncle.

Décédée le 31 octobre.

COMPLICATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Nous avons relevé 24 fois des *atteintes du cœur*.

2 fois des phlébites.

Sur ces 24 cas, l'atteinte cardiaque se traduisait :

10 fois par de l'arythmie.

6 fois par : tachycardie ou assourdissement des bruits du cœur.

Dans ces 16 cas, on pourrait attribuer les troubles observés à une *atteinte de myocarde* ou du faisceau de His par la toxi-infection érysipélateuse.

5 fois, il y avait *insuffisance mitrale*, donc endocardite. Mais, dans 2 cas, l'insuffisance mitrale était antérieure à l'éclosion de l'Erysipèle. Il semble, au contraire, que dans les 3 autres cas, l'Erysipèle a été la cause de l'endocardite.

Dans un cas, une *insuffisance aortique* antérieure a évolué vers l'asystolie et a contribué à la mort du malade.

Une observation montre l'existence de dyspnée paroxystique, et de douleur angineuse rétrosternale qui ont précédé l'Erysipèle et se sont aggravées au cours de son évolution.

Enfin, nous avons relevé un cas où il est apparu un souffle systolique de la base, donc une *aortite* ou un rétrécissement de l'orifice aortique.

Nous voyons donc que, dans la grande majorité des cas, 16 fois, c'est l'atteinte du myocarde qui était en cause.

Était-ce une myocardite organique ou une myocardite fonctionnelle ? Il nous serait difficile de choisir. C'était peut-être de la *myocardie*.

Dans 4 cas seulement, il s'agissait d'endocardite. Nous n'avons pas relevé l'existence de péricardite.

Dans 4 cas de lésions cardiaques antérieures,

l'Erysipèle a évolué vers la mort avec aggravation des lésions préexistantes.

N'ayant pas lu les observations des malades cardiaques, atteints d'Erysipèle et guéris, nous ne pouvons pas dire si ce nombre de 4 cas de mort présente un pourcentage infime, ou, au contraire, s'il est notable.

D'après Roger, l'Erysipèle ne semble pas aggraver les altérations préexistantes du cœur.

Le même auteur écrit : « L'Erysipèle ne provoque
« qu'assez rarement des lésions cardiaques. Il pro-
« voque surtout des *troubles fonctionnels* du cœur
« qui ne doivent pas assombrir le pronostic de l'Ery-
« sipèle. L'endocardite érysipélateuse se présente
« sous deux formes distinctes: 1° L'endocardite rhu-
« matismale qui est sans gravité, et qui est rare ;
« 2° L'endocardite *ulcéro-végétante*, mortelle. »

Il cite le cas d'un de ses malades qui, âgé de 56 ans, succomba deux mois après la terminaison d'un Erysipèle de la face. Il s'affaiblit progressivement, la symptomatologie se réduisant à quelques petites élévations thermiques atteignant 38°, 39°. L'autopsie montra une endocardite ulcéro-végétante des valvules sigmoïdes de l'aorte, des foyers de broncho-pneumonie, et de nombreux infarctus de la rate.

La *péricardite* séreuse ou séro-purulente survient au cours d'Erysipèles étendus et ambulants, et peut entraîner la mort après la disparition des manifestations cutanées.

La *myocardite* est exceptionnelle. On lui attribue

certains cas de mort rapide. Mais il n'est guère facile de la reconnaître, même par une auscultation minutieuse. Le *rythme fœtal* est tout à fait rare.

Nous trouvons, dans le chapitre « *Erysipèle* » du dictionnaire classique Dechambre et Lereboullet, certaines notions concernant les complications cardiaques, intéressantes à signaler :

« La *péricardite* peut amener la *mort subite* par « paralysie du cœur ou par compression de cet « organe par l'épanchement. Ce mécanisme de la « mort a été surtout observé chez les nouveaux « nés. »

L'*endocardite* rhumatismale peut tuer dans la période d'état de la maladie. L'*endocardite érysipélateuse* peut être ulcéreuse, comme dans le cas de Tatschek, et donner lieu à des embolies infectieuses artérielles.

La *myocardite* ne peut être soupçonnée que d'après la défaillance parétique du cœur, succédant à une agitation désordonnée de l'organe.

Elle ne peut donc être affirmée qu'à l'autopsie. C'est une complication presque toujours mortelle.

Observation n° 4

M. A., 69 ans, entré le 30 mai 1933.

Le malade entre dans le service avec un gros Erysipèle de la face, semblant avoir évolué déjà depuis 5 à 8 jours.

La face, le cuir chevelu sont envahis. Les paupières supérieures sont le siège d'abcès : la fente palpébrale est complètement bouchée.

L'Erysipèle descend à la face antérieure du cou, région sus-sternale, mais, surtout, le malade est dans un

état général sérieux : délirant, la langue est sèche, rôtie ; on ne trouve pas de grosse adénopathie cervicale.

L'examen somatique montre :

Un pouls à 140 ; arythmique, inégal, alternant par salve.

Au cœur, les bruits sont sourds. Ce qui domine, c'est la *tachyarythmie*. *Souffle systolique aortique rétrosternal*.

L'examen des poumons révèle :

Une matité franche de la base gauche, avec disparition du murmure vésiculaire, pas de souffle. Ponction blanche. — A droite : des râles fins nombreux.

Le foie déborde un peu le rebord costal (2, 3 cm. sur ligne mamelonnaire) un peu douloureux, pas dur. On accroche bien le bord inférieur.

La rate est percutable. Dans l'hypocondre gauche, on sent une masse dont la matité est en continuité avec la matité splénique. Rate ? Colon ?

Réflexes tendineux : achilléens : D + ; G ?

Rotuliens : D + ; G idiomusculaire +, tendineux vrai ?

Urines : urobiline +.

Observation n° 5

L. D., 51 ans, vendeur de journaux, entré le 17 mai 1933.

Le malade est envoyé de Tenon, où il était en traitement avec le diagnostic d'Erysipèle de la face.

A l'examen, on constate, en effet, une plaque érysipélateuse typique de la face, étendue au nez, aux joues, aux régions orbitaires et au front. Le bourrelet peut être nettement perçu. Il existe de nombreuses phlyctènes sur cette plaque.

On apprend qu'elle a débuté à la suite d'une rhinite avec sécrétion abondante, à l'angle interne de l'œil gauche.

On note, sur la paupière gauche, une croutelle allongée, trace d'une incision palpébrale. En effet, le 20 avril, environ, le malade a déjà eu un Erysipèle de la face avec abcès des paupières.

Actuellement : langue sale, sèche, saburrale ; gorge uniformément rouge. Pas de ganglions cervicaux appréciables.

L'examen somatique montre une *insuffisance aortique* : souffle diastolique rude au foyer aortique, propagé à la xyphoïde, suivant l'axe du cœur. Dyspnée, respiration rapide superficielle.

Pouls : bondissant, danse des artères, battement des jugulaires temporales.

T. A. = 18 — 6.

Très gros foie : débordant d'un travers de main, ferme, douloureux à la pression.

Aux poumons : très nombreux râles fins de congestion. Pas de matité franche.

Les réflexes pupillaires à la lumière existent. Pupilles irrégulières.

Tendineux rotuliens + ; achilléens pas obtenus. Réflexes idiomusculaires +.

Urines : urobiline +, albumine +, urée du sang 1,95. Rate percutable sur 4 travers de doigt.

On constate qu'il existe une hernie inguinale bilatérale, réductible à gauche, irréductible mais non tendue à droite, non douloureuse au collet.

Cependant : hoquet, défense abdominale nette, surtout à gauche et au niveau du flanc gauche.

Antécédents : en janvier 1933 « grippe », malade deux mois. N'a pas craché. A beaucoup maigri. Avril : dyspnée d'efforts, œdème malléolaire le soir. Jamais de R. A. A., de typhoïde, pas de chancre.

Etat général : température 39°2. Pouls à 100 régulier. Respiration saccadée, poussée. Gémissements expiratoires continuels.

Douleur phrénique à l'inspiration ; douleur provoquée aux points phréniques.

Poumons : submatité de la base gauche. V. V. non augmentées. M. V. = O. Râles sous-crépitaux et crépitants nombreux.

Le 19 mai : cyanose. R. = 60. P. = 92 ; matité de la base gauche.

Décédé le 19, à 10 heures 10.

Le 20 mai : hémoculture positive = strepto.

Observation n° 6

S. M., âgé de 69 ans, sans profession, entré dans le service le 9 mars 1934, pour un Erysipèle de la face ayant débuté la veille.

Il dit n'avoir jamais été malade, cependant on retrouve de la pollakiurie nocturne.

Malade dyspnéique depuis son entrée. La langue est saburrale, n'est pas sèche.

Poumons : le premier jour : râles de bronchite + râles sous-crépitants. Actuellement : râles sous-crépitants disséminés dans les deux champs pulmonaires, mais prédominants à droite.

Les bruits du cœur sont sourds, mal frappés.

T. A. = 10 — 6.

La rate et le foie ne sont pas hypertrophiés. Pas de signes neurologiques. Hydrocèle à droite.

Le lendemain de son entrée, on est frappé par l'aspect des urines qui sont rares et surtout sanglantes. Elles ne contiennent cependant pas d'albumine.

Dans le culot : hématies, nombreux cylindres granuleux et hématiques.

Urée : 1,35 le 11 mars. 0,92 le 13 mars.

Le 13 mars : *hémoculture + au strepto.*

Dyspnée : 35 R. par minute.

Auscultation : râles sous-crépitants. Submatité de la base gauche.

Le 15 mars : *Localisation veineuse.* Creux poplité, mollet à droite.

Empatement, douleur, chaleur locale ++. Les veines sous-cutanées sont dilatées et se dessinent nettement sous la peau.

Décédé le 16 mars.

COMPLICATIONS RENALES

La recherche systématique de l'albumine dans les urines des malades, et le dosage de l'urée dans le sang permettent de trouver un grand nombre des complications rénales qui seraient passées inaperçues dans les cas contraires.

Dans 28 observations des malades décédés, nous avons relevé des complications rénales. Sept fois, il y a eu de l'albuminurie. Vingt fois, il y avait de l'urémie (au-dessus de 0 gr. 50).

L'urémie et l'albuminurie sont souvent associées et ne sont souvent que légères.

Dans un cas, l'urémie s'extériorisait par des signes cliniques nets : hypothermie, myosis, délire, hoquet.

Cinq observations montrent des complications rénales plus complètes, de véritables néphrites :

1° Albuminurie, cylindres granuleux, anurie.

2° Néphrite qui a précédé l'Erysipèle, réapparue au cours de l'Erysipèle ; chlorurémie, urémie, albuminurie ; avec troubles pleuro-pulmonaires : congestion, épanchement pleural ; mort dans l'urémie.

3° Urémie et hémoglobinurie.

4° Hématurie, urémie, oligurie.

5° Hématurie, urémie.

Dans les trois derniers cas, la néphrite était l'expression d'une septicémie à streptocoque.

Dans un cas, il y avait oligurie manifeste, mais il y avait en plus une cirrhose hépatique avec ascite qui intervenait pour une grande part dans cette oligurie.

Roger décrit ainsi les complications rénales de l'Erysipèle :

« Fréquence de l'albuminurie qui traduit un certain degré d'altération rénale, mais altération superficielle et légère, rapidement curable. Cependant, dans certains cas, l'albuminurie persiste, et une néphrite chronique se constitue.

Les manifestations rénales peuvent revêtir un caractère plus intense. Hirtz et Vidal ont vu, à la suite d'Erysipèles à répétition, se développer brusquement tous les symptômes d'une néphrite aiguë avec œdèmes généralisés et phénomènes urémiques. Ce qui est plus spécial à l'Erysipèle, c'est la *néphrite hémorragique* qui survient soit au cours, soit à la convalescence de la maladie.

Au cours de la période d'état, l'*hématurie* constitue généralement le premier symptôme d'une néphrite aiguë. Elle dure 2 ou 3 jours, coïncidant avec une diminution de l'urine, et fait place à une albuminurie plus ou moins persistante. La même évolution peut s'observer au moment de la défervescence et plus rarement pendant la convalescence.

Dans la plupart des cas, l'hématurie n'est pas grave, et l'albuminurie consécutive finit généralement par guérir après une ou deux semaines.

Cependant, la poussée néphritique est parfois plus sérieuse et peut entraîner des accidents mortels urémiques.

Pour Philibert (Traité de pathologie médicale Sergent et Babonneix) les complications rénales ne s'observent que dans les septicémies graves. Se présen-

tent sous le tableau de la néphrite aiguë hémorragique. Il y a alors néphrite glomérulaire avec congestion et raptus des capillaires distendus, associés à la diapédèse leucocytaire dans les glomérules.

On note aussi la dégénérescence trouble de l'épithélium rénal, surtout au niveau du labyrinthe.

Le rein est gros, bigarré, parfois rouge, ecchymotique. Il peut dans les cas d'endocardite ou de pyohémie renfermer des infarctus ou des abcès.

Cliniquement, la néphrite se traduit par les signes classiques : oligurie, albuminurie, cylindrurie, œdème, etc... L'urémie peut venir terminer la scène (Hirtz et Vidal).

Mais, si dans l'Erysipèle simple, le rein reste silencieux, il n'en est pas moins touché et dans l'Erysipèle à répétition, la septicémie répétée aboutit à la longue, soit brutalement à la néphrite aiguë (Hirtz et Vidal) soit plus habituellement à la néphrite chronique. Le malade sur lequel Vidal a établi la remarquable et célèbre pathogénie chlorurémique de l'œdème brightique était justement atteint de néphrite secondaire à des Erysipèles à répétition.

On peut dire que, si la complication rénale aiguë est rare au cours de l'Erysipèle, la néphrite chronique compte souvent pour cause unique ou associée l'Erysipèle à répétition.

Notre maître, le Professeur A. Lemierre, dans ses cliniques sur les maladies infectieuses, sous le chapitre « Sur quelques cas de néphrites infectieuses aiguës » met à part les néphrites érysipélateuses en insistant sur leur gravité. Il décrit deux cas de

néphrites érysipélateuses aiguës survenus chez des sujets exempts de lésions rénales antérieures, et qui se sont terminées par la mort.

Dans le premier cas, la néphrite était hématurique et azotémique.

Dans le second cas, la néphrite était azotémique pure, sans albuminurie, ni hématurie, soupçonnée par les signes cliniques et confirmée par le dosage de l'urée dans le sang.

Il cite de plus un cas de néphrite érysipélateuse albuminurique et hypertensive, survenue chez un sujet atteint de néphrite chronique (hypertension antérieure) qui s'est terminé par une hémorragie méningée mortelle. Il conclut en disant : « Je pense
« vous voir convaincu de la gravité des néphrites
« aiguës survenant chez les érysipélateux, exempts
« de néphrite chronique antérieure. Je n'aurai donc
« pas à m'étendre sur les désastres qu'engendre
« l'Erysipèle quand il se déclare chez un sujet pré-
« sentant déjà une tare rénale plus ou moins
« ancienne.

« Je crois que j'ai vu succomber tous ceux qui ren-
« traient dans cette catégorie, aussi bien depuis que
« je suis à Claude-Bernard qu'auparavant. La plu-
« part d'entre eux ont présenté d'emblée une oligu-
« rie extrême, de l'albuminurie et aussi des héma-
« turies. Souvent, l'oligurie s'est transformée en
« anurie. Le taux de l'urée sanguine s'est élevé rapi-
« dement et la mort est survenue en quelques
« jours. »

Observation n° 7

S. E., employé à la mairie, âgé de 37 ans, entre dans le service le 13 août 1933 pour un Erysipèle de la face.

Début par fièvre, frisson. La plaque est apparue sur le nez et a gagné toute la face.

C'est la 41^e *récidivé* d'Erysipèle depuis la guerre.

Le malade a reçu du sérum antistreptococcique à l'Institut Pasteur, à la suite duquel il n'a fait aucun accident streptococcique pendant 5 ans. B. W. du L. C. R. et du sang à plusieurs reprises négatif.

A l'examen, le malade est très abattu.

La plaque violacée, chaude, siège sur le nez et, symétriquement, sur les deux joues.

Langue sèche, abdomen douloureux sans localisation nette. Constipation.

Foie et rate normaux.

Rien aux poumons, ni au cœur.

Albuminurie.

Signe de Kernig ; recherche des réflexes difficiles à cause de la contracture.

Décédé le 15 août 1933.

Observation n° 8

Ch. E., 58 ans, chauffeur de taxi, entre le 25 avril 1933, pour un Erysipèle du thorax sur la face latérale gauche.

Le malade aurait été hospitalisé à Saint-Antoine.

Très fatigué, délirant, le malade ne peut donner aucune précision.

Il aurait été consulté dans le service de M. Lian.

Il y a 10 ans, il aurait eu un souffle?

Il boit un litre de vin, plusieurs verres de bière par jour.

A l'examen le 26 avril : sur la face latérale gauche du thorax, il existe une grande plaque érysipélateuse rouge violacée au centre avec quelques phlyctènes, blanche sur tout le reste de son étendue qui est considérable. Elle

s'étend de l'aisselle à la racine de la cuisse ; en arrière, la plaque gagne plus vers la ligne médiane. Les pupilles sont *en myosis*, les pommettes cyanosées.

Le malade est *dans le délire* ; il a beaucoup soif et *présente du hoquet*.

Langue un peu chargée, mais pas sèche.

Poumons : sous-crépitants aux 2 bases, surtout à gauche. Foyer à droite avec souffle assez doux.

Cœur : régulier, premier bruit assourdi.

T. A. = 13 — 5, pouls = 116.

Foie normal.

Le malade *est apyrétique* 36°9 à l'entrée le 25 avril. Le 26, la température *est à* 36°5. *Urée* = 1,20.

Le pouls est bien frappé. Le malade boit beaucoup, mais les urines sont rares, hautes en couleur. On y trouve des traces de sucre et beaucoup d'urobiline.

Le malade a été très agité cette nuit. Il avait un délire moteur. Est tombé de son lit à plusieurs reprises.

Ce matin, apparition d'un *hoquet continu*.

Décédé le 27 avril 1933.

Observation n° 9

W. G., 51 ans, affuteur, mais, depuis deux ans, ne peut plus travailler, entre le 20 mars 1933 pour Erysipèle de la face.

Début samedi 18 mars ; ressent de la douleur dans le territoire des ganglions sous-maxillaires droits ; température à 39° avec céphalée, frisson, malaise.

Le lendemain, 19 mars, le nez est rouge, enflé. Dans la journée même, l'œdème et la rougeur s'étendent rapidement à la joue droite avec bouffissure marquée de la paupière. La température est à 38°.

Lundi 20 mars, l'Erysipèle s'étend à la joue gauche. Un médecin l'envoie à Claude-Bernard.

A son entrée, le soir, température à 38°7. Ce matin, 21 mars, température à 38°1.

A l'examen : Erysipèle typique de moyenne intensité de toute la partie droite de la face de la pommette gau-

che. Le front et le menton sont respectés. Bourrelet net. Douleur au toucher. Tuméfaction douloureuse de la région sous-maxillaire droite.

Par ailleurs : gorge un peu rouge, langue un peu sale, mais humide, mauvaise dentition.

Poumons : en avant, sous les clavicules, submatité. Au sommet droit, respiration un peu obscure ; à gauche, respiration soufflante avec rudesse inspiratoire.

En arrière : pas de modification des vibrations vocales ; à gauche, au sommet, respiration un peu rude avec un peu d'emphysème, quelques sous-crépitations. A la partie moyenne, M. V. faible avec de nombreux sous-crépitations fins. A droite, il existe de très nombreux sous-crépitations à la partie moyenne et surtout à la partie inférieure du poumon.

Cœur : bruits un peu rapides (100) réguliers.

T. A. = 16 — 10.

Par ailleurs, on note de l'œdème mou, blanc, des membres inférieurs, surtout marqués aux pieds et aux chevilles.

Abdomen : un peu ballonné, tendu. Léger œdème de la paroi. Petite réaction liquidienne.

Foie : n'est pas tuméfié.

Rate : ni palpatable, ni palpable.

Petits ganglions dans les aisselles et les aines.

Réflexes normaux. Pas de Babinski, ni d'Argyll.

Urines : *foncées, d'aspect sale, rouges, hématuriques.*

Précipité très abondant d'albumine. Pas de sucre. Urobiline + .

Au point de vue fonctionnel : pas de sensation de soif, pas d'anxiété, pas de somnolence.

Antécédents : pendant la guerre, bronchite avec pleurite. Resté hospitalisé pendant longtemps. Depuis, tousse et crache beaucoup les hivers.

A maigri, cependant, a bon appétit. Depuis 2 ans, ne peut plus travailler, étant rapidement et facilement essoufflé.

D'une façon habituelle, n'a pas de fièvre. Cependant, le 3 janvier 1933, a brusquement un accès fébrile à 40°.

Le lendemain matin, la température est retombée à la normale ; 4 jours après, nouvel accès thermique à 40°, qui disparaît également le lendemain. Depuis, n'a plus constaté de fièvre élevée.

Ces accès étaient précédés de frissons, mais pas de sueurs abondantes. A ce moment, toux et expectoration abondante.

Il y a environ 4 ou 5 semaines, vers le 15 février environ, le malade remarque que ses pieds et ses chevilles sont très enflés, beaucoup plus que maintenant. De même, il note de la bouffissure du visage et des paupières. Les œdèmes sont survenus progressivement, et le malade ne les a remarqués que lorsqu'ils ont atteint un volume appréciable.

Un médecin découvre de l'albumine (3 gr. 5 au tube d'Esback) et met le malade au régime, lait et fruits, pas de légumes.

Progressivement, les œdèmes ont regressé, l'albumine a disparu. L'œdème des chevilles reparaît dès le premier jour de l'Erysipèle.

N'a jamais uriné de sang, d'après ses dires.

Examen d'urine : 21 mars. Cylindrurie considérable (cylindres granuleux) et très nombreux globules rouges ; albuminurie de 6 gr. ; urée sanguine 2,90 ; pas d'odeur ammoniacale de l'haleine.

22 mars : température du matin, 37°5. Légère amélioration de l'Erysipèle de la joue, mais envahissement de l'oreille droite. Urines rares, 500 cc. en 24 heures. Très foncées et très rouges. Dort mal. Tousse beaucoup.

Examen de M. Lemierre : œdème de la face interne des cuisses et de la paroi abdominale, petite réaction liquidienne au péritoine.

En avant : sous-crépitanes disséminés à gauche.

En arrière : sous-crépitanes plus fins de ce côté d'œdème pulmonaire.

Albumine : 7 gr. 50.

23 mars : température à 36°8. T. A. 16 — 9 ; Erysipèle très amélioré.

Urines 500 cc. moins foncées, moins rouges. Urée san-

guine 2 gr. 50 ; pas d'odeur ammoniacale de l'haleine.

24 mars : urines troubles, mais plus claires.

Albumine 3 gr. T. A. 14 1/2 — 9. U. S. : 2 gr. 60.

Langue humide, les œdèmes diminuent un peu, pas de matité.

Urines rares : 250 cc. (mais, a pris une purge : 4 selles dans la journée).

Examen de M. Lemierre : à la base droite, frottement superficiel, ne disparaissant pas à la toux.

25 mars : langue humide, urines un peu moins rares, 500 cc. plus claires. Albumine 2 gr. U. S. : 2 gr. 70. Température au-dessous de 37°. Dort mieux.

26 mars : urines claires, 500 cc. Albumine 1 gr. U. S. 2 gr. 76.

27 mars : dort mieux, se sent un peu mieux, a de l'appétit. Urines claires, 500 cc. Albumine 0,75. U. S. 2 gr. 80.

Auscultation : à gauche, sous-crépitaunts moins nombreux. A droite, à la base, toujours frottements, mais plus nets. T. A. 16 — 10.

28 mars : urines un peu plus abondantes : 750 cc. claires. Albumine 0,50. Œdème des membres inférieurs beaucoup moins marqué ; encore un peu visible. Température au-dessous de 37° (36°8 matin et soir). Paupières encore bouffies. U. S. 2 gr. 65 ; régime lacto-végétarien dechloruré.

29 mars : urines plus abondantes, 1.500 cc. un peu troubles, mais non foncées. Albumine 0,50. Dort mieux. Langue bien humide. Pas de somnolence dans la journée.

30 mars : albumine 0,75. Teint un peu pâle, blafard, paupières bouffies. Urée sanguine, 2,25.

31 mars : dort bien ; pas d'anxiété ; langue humide. Urines, 1 litre. Albumine, 0,75. U. S., 1,95.

Epanchement de la base droite ; liquide citron, transparent, clair (grande quantité d'albumine).

3 avril : U. S. : 1,70. — 4 avril : U. S. : 1,65.

5 avril : œdème des membres inférieurs beaucoup moins marqué, mais ventre toujours tendu ; urines moins claires, 2 litres.

6 avril : urines 2 litres ; œdèmes moins apparents ; base droite respire mieux.

25 avril : poumons : râles aux bases. L'ascite, les œdèmes ont regressé.

5 mai : râles aux bases ; râles fins de congestion.

6 mai : récidive de l'Erysipèle sur la joue gauche. Vomissements.

8 mai : râles aux bases. — 10 mai : râles aux bases.

Ce même jour, on est frappé par une légère infiltration de la face et une torpeur inaccoutumée. Bouffissure des paupières. En outre, les urines sont très diminuées de volume ; couleur bouillon sale (250 cc. dans les 24 h. du 12 mai). L'examen microscopique y met en évidence des hématies ; pas d'œdème malléolaire.

Le 13 mai : même état, langue sèche.

Râles fins nombreux aux deux bases pulmonaires ; souffle à la base droite ; râles sous-crépitaunts en avant du côté gauche ; bonne sonorité à la percussion.

Forte impulsion cardiaque. Pas d'urines du 12 midi au 13 midi.

Le 14 mai : 50 cc. d'urine dans la journée du 13 ; torpeur, somnolence, pas d'œdème malléolaire.

Gorge rouge, œdème de la luette ; mucosités purulentes abondantes dans le cavum ; langue humide.

R. : 25. P. : 84. Température à 36°2 le 14 au matin.

Le 15 mai : *arythmie* ; le rythme cardiaque doit être compté dans la région précordiale ; extrasystoles. P. : 88. Il est mou, inégal. R. : 22. Urines : 50 cc. U. S. : 4,70. Langue sèche, fendillée ; gorge rouge ; grosses amygdales. Nombreux râles fins en arrière, aux bases, en avant dans la région sous-claviculaire. Pas d'œdèmes.

Le 16 mai : somnolence. P. : 76. Cœur : extrasystoles. R. : 21 d'amplitude régulière ; pas d'urine ; 50 cc. la veille ; langue sèche.

Région axillaire gauche antérieure : bruit superficiel, frottement pleural.

Le 17 mai : P. : 68, cœur régulier. R. : 25, pas d'urine dans le bocal ; langue sèche.

Instabilité : le malade se remue sans cesse dans son lit. Agitation des bras. Petits accès de contracture clonique des membres.

Urée sanguine : 4,90.

Décédé le 17 mai.

Observation n° 9.

TABLEAU SYNOPTIQUE QUANTITATIF

DATES	URINES	ALBUMINE	URÉE
21 Mars		6 gr.	2 gr. 40
22 —	500 Cc.	7 gr. 50	
23 —	500 Cc.		2 gr. 50
24 —	250 Cc. (4 selles)	3 gr.	2 gr. 60
25 —	500 Cc.	2 gr.	2 gr. 70
26 —	500 Cc.	1 gr.	2 gr. 76
27 —	500 Cc.	0 gr. 75	2 gr. 80
28 —	550 Cc.	0 gr. 50	2 gr. 65
29 —	1.500 Cc.	0 gr. 50	
30 —		0 gr. 75	2 gr. 25
31 —	1.000 Cc.	0 gr. 75	1 gr. 95
3 Avril			1 gr. 70
4 —			1 gr. 65
5 —	2.000 Cc.		
6 —	2.000 Cc.		
6 Mai	RÉCIDIVE DE L'ÉRYSIPELE.		
12 —	250 Cc.		
13 —	Pas d'urines du 12 midi au 13 midi.		
14 —	50 Cc.		
15 —	50 Cc.		4 gr. 70
16 —	Pas d'urines.		
17 —	Pas d'urines.		4 . . 90

COMPLICATIONS HEPATIQUES

Le foie, organe de défense de l'organisme, est souvent atteint au cours de l'Erysipèle.

Nous avons noté 32 fois l'atteinte hépatique.

Onze fois, le foie était augmenté de volume, soit légèrement, soit hépatomégalie marquée.

Vingt-sept-fois, il y avait de l'*urobilinurie*, soit isolée, soit associée à l'augmentation du volume du foie.

Dans 2 cas, il y avait de l'ictère.

Dans le dictionnaire encyclopédique Dechambre et Lereboullet, nous trouvons la description de l'anatomie pathologique du foie altéré par l'hépatite aiguë érysipélateuse :

« Le foie, dans l'infection érysipélateuse, est augmenté de volume, congestionné. Sa surface prend une teinte marbrée de taches rouges sombres ; sa consistance est assez ferme. En somme, si la maladie a peu duré, on ne trouve que des lésions congestives à l'œil nu.

« Dans les cas de plus longue durée, le tissu hépatique est pâle, ramolli. A la coupe, la substance hépatique est anémiée. Il y a un état graisseux du foie.

« L'examen histologique révèle une altération des cellules hépatiques qui sont augmentées de volume, globuleuses, troubles ; éclaircies avec l'acide acétique et colorées par le picro-carmin, elles apparaissent avec 2 et quelquefois 3 noyaux assez volumineux.

« A côté de ces grosses cellules troubles se trouvent
« de petites cellules à un seul noyau, dont le proto-
« plasma ramolli peut laisser échapper le noyau
« (Cornil et Ranvier).

« Entre le rebord des cellules et les capillaires, on
« voit de petits amas irréguliers de détritüs granu-
« leux, et quelquefois des leucocytes sortis des vais-
« seaux.

« Il existe des cellules lymphatiques, dans les
« espaces interfasciculaires. Billroth et Ehrlich,
« Lukomsky et Recklinghausen, Tollmans et
« Denucé, ont trouvé des cocci dans les vaisseaux
« sanguins du foie.

« Les altérations du foie, trouvaille d'autopsie, et
« qui ne donnent généralement lieu à aucun symp-
« tôme, peuvent déterminer parfois un ictère pas-
« sager, état bilieux qui, déjà observé par les
« anciens auteurs, avait été le point de départ de la
« théorie bilieuse de l'Erysipèle. »

Pour A. Philibert (Traité de Pathologie médicale),
l'ictère est la traduction clinique, très inconstante
d'ailleurs, des complications hépatiques. L'atteinte
hépatique est l'expression d'une septicémie.

L'ictère est dû, soit à la dégénérescence granulo-
graisseuse périportale du foie, soit à l'angiocholite.

Mais, cliniquement, l'ictère étant rare, l'atteinte
hépatique ne s'extériorise pas.

Observation n° 10

M^{me} veuve Gourdin, âgée de 59 ans, sans profession,
entre dans le service pour Erysipèle de la face ; on n'a
pas de renseignements sur le début de l'affection.

Actuellement, le 5 mai 1933, elle présente un Erysipèle étendu aux 2 côtés de la face ; la paupière gauche est tuméfiée et recouverte de phlyctènes à contenu purulent.

La malade est abattue, hostile à l'examen ; la langue est sèche, rôtie.

La température est à 39°6. Le pouls à 104.

Elle présente du rhumatisme déformant des doigts avec ankylose très marquée des grosses articulations, qui sont le siège de gros craquements.

Le cœur semble normal ; les poumons également.

La rate est percutable ; non palpable.

Le foie semble déborder légèrement le rebord costal.

On note de l'œdème des membres inférieurs. Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre, *mais de l'urobiline.*

Les membres inférieurs sont en flexion. Il n'y a pas de contracture.

Le 16 mai : fracture spontanée de l'extrémité inférieure de l'humérus, indolore, à l'occasion de l'extension de l'avant-bras sur le bras au cours d'une prise de sang.

Décédée le 19 mai.

Observation, n° 11

L. A., 24 ans, manœuvre, entre dans le service le 18 avril 1934, envoyé par l'Hôpital Saint-Louis pour un Erysipèle de la face.

Cet Erysipèle a débuté la veille, par une infiltration des téguments autour de l'incision dans la région mastoïdienne ; mastoïdectomie pratiquée le 16 avril. Il est découvert le 18 avril au matin, quand on fait le premier pansement.

A l'examen le 19 avril : on trouve un malade légèrement prostré, présentant du subictère des conjonctives, une teinte jaune des téguments, surtout visible au niveau de l'abdomen.

L'Erysipèle n'est pas typique autour de la plaie qui se draine bien et qui est méchée. On note une infiltration

rouge et douloureuse du derme, qui s'étend à l'oreille et au front. D'autre part, on note une infiltration des téguments du nez, mais cet œdème n'est relié en aucun point à la plaque périmastoidienne, ni au front.

On ne trouve pas de ganglions. Température à 38°. Pouls : 105. R. : 24.

L'examen des urines montre l'absence d'albumine et de sucre, *la présence d'urobiline, de sels et de pigments biliaires.*

L'examen somatique montre, outre l'existence de *l'ictère* :

Foie augmenté de volume, son bord inférieur dépasse de 2 travers de doigts le rebord costal.

Rate : normale ; pas d'ascite, ni de circulation collatérale.

Poumons normaux ; cœur normal ; T. A. 13 — 8.

Réflexes : cutanés : tendineux et pupilles normaux.

U. S. : 0.63.

Le 20 avril, les symptômes ne sont guère modifiés le matin, mais, dans l'après-midi, une élévation de la température à 39°2. De plus, le malade a perdu conscience et est entré dans un véritable coma.

Le 21 avril, on trouve le malade dans le coma. C'est un coma peu profond. Il réagit aux excitations fortes. Il présente une dyspnée ample, régulière, bruyante, avec 32 respirations par minute.

Il est couché du côté gauche et reprend toujours cette position lorsqu'on essaie de le déplacer.

Les membres sont inertes et retombent aussi lourdement des deux côtés lorsqu'on les soulève. On ne note pas de déformation faciale si ce n'est un soulèvement expiratoire des joues, surtout marqué à droite. La mâchoire est serrée, l'examen de la bouche est impossible.

L'examen des réflexes tendineux montre l'existence de réflexes patellaires et achilléens de 2 côtés.

Les réflexes tendineux des membres supérieurs existent aussi. On note, d'autre part, l'existence de clonus du

pied, clonus bilatéral ; pas de trépidation épileptoïde de la rotule.

Le réflexe cutané plantaire se fait en extension du côté droit. A gauche, il est moins net.

Température à 38°9. Pouls : 110. Urines impossibles à examiner à cause de l'incontinence.

L'ictère persiste, foie difficile à palper.

On pratique une ponction lombaire qui retire un liquide clair, coulant en gouttes :

Albumine : 0 gr. 15 et deux éléments (lymphocytes).

En somme, coma peu profond avec existence des réflexes, clonus du pied, réflexe cutané plantaire en extension à droite chez un malade ayant été soigné pour mastoïdite suppurée 5 jours auparavant.

23 avril : le coma est beaucoup moins net ; le malade présente par instants une lucidité complète. On note une tuméfaction plus volumineuse du nez, dont la pression est douloureuse. L'examen neurologique montre une cédation des symptômes. Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion de 2 côtés.

24 avril : torpeur moins profonde ; on fait une P. L. couchée. Pas d'hypertension, pas de bégaiement. Réflexes achilléens abolis.

Urines : présence d'albumine, 0 gr 45.

25 avril : le malade est toujours plongé dans la torpeur. L'examen neurologique montre l'absence de contractures et de paralysies. Les réflexes achilléens sont réapparus. Incontinence des sphincters.

On note l'apparition, dans la région fessière haute de 2 plaques rouges et livides, dont l'une est violacée au centre.

Examen ophtalmoscopique (Docteur Hartman) : fond d'œil normal, pas de paralysie de la musculature extrinsèque et intrinsèque de l'œil.

26 avril : l'état du malade est sensiblement le même que celui de la veille.

28 avril : le malade est retombé dans le coma. C'est plutôt une torpeur très profonde.

Dyspnée intense, 50 respirations par minute. Pouls : 140. Pas de réponse au réflexe cutané plantaire.

Les réflexes tendineux des membres inférieurs sont à peine ébauchés. Aux membres supérieurs : abolis. L'auscultation des poumons montre quelques râles humides disséminés.

SEPTICEMIE A STREPTOCOQUES

La pratique de l'hémoculture permet de déceler la présence du streptocoque dans le sang, dans les cas graves d'Erysipèle.

Les anciens auteurs (Fehleisen) considéraient la septicémie comme exceptionnelle ; mais Denucé trouvant du streptocoque dans la plupart des organes, dans les cas mortels, attribuait ces faits au passage du streptocoque dans le sang.

Lesné, Françon et Gérard trouvent la septicémie dans un tiers des cas.

A. Philibert divise les septicémies en deux groupes :

Le premier comprend celles qui n'entraînent pas de complications organiques, et qui forment l'immense majorité, se traduisant cliniquement par la gravité de l'état général, des frissons répétés, des sueurs, des érythèmes scarlatiniformes.

Le deuxième groupe comprend les cas graves, avec complications, telles que : Endocardite ulcéro-végétante exceptionnelle, toujours mortelle.

Péricardite.

Myocardite qui n'existe qu'associée aux précédentes.

L'artérite thrombosique, qui est une rareté.

L'atteinte hépatique.

Les néphrites, sous forme de néphrite hémorragique.

Les complications articulaires.

Les broncho-pneumonies, d'origine sanguine.

Sur les 105 observations, nous avons trouvé 8 cas de septicémie. Chaque fois, il y a eu atteinte pulmonaire et rénale.

Foyers uni ou bilatéraux, et, dans un cas, pleurésie purulente.

Atteinte rénale, sous forme d'albuminurie, urémie ou véritable néphrite hémorragique.

Dans deux cas, il y avait atteinte hépatique : hépatomégalie, urobilinurie.

Dans un cas : *phlébite*, dont nous avons reproduit l'observation dans les complications cardio-vasculaires.

Et enfin, une observation montrait l'existence d'une splénomégalie.

Observation n° 15

Mme G., âgée de 55 ans, sans profession, autrefois couturière, entre dans le service le lundi 15 janvier 1934 pour un Erysipèle de la fesse.

Depuis le 1^{er} janvier, elle était alitée par une grippe. Le dimanche 7 janvier, elle est prise de frissons violents avec malaise général intense. Elle se plaint de douleurs marquées au niveau de la fesse droite, et remarque l'apparition d'une petite plaie à ce niveau alors que les parties avoisinantes étaient rouge-vif. La plaie s'étend peu à peu en même temps que la rougeur gagne toute la fesse.

A l'examen, à son entrée, on constate, à la partie interne de la fesse droite, la présence d'une plaie blanchâtre, purulente de 5 cm. de long environ sur 2 cm. de large. A la partie interne de la fesse gauche, il existe une petite plaque brunâtre de la taille d'une pièce de 0,50 environ.

Autour de cette plaie, il existe une plaque rouge qui atteint les deux fesses se prolongeant à droite vers les faces interne et postérieure de la cuisse, s'arrêtant, à peu près, à la partie moyenne de celle-ci.

Les grandes lèvres sont rouges, tuméfiées, particulièrement la droite. Enfin, la rougeur s'étend des 2 côtés vers les plis inguinaux. Cette plaque est de couleur rouge violacée. Ses limites sont extrêmement nettes. Il existe une petite adénopathie iliaque gauche et surtout, une grosse adénopathie iliaque et rétro-crurale droite.

Au médius droit, on note un panaris péri-angural qui est survenu en même temps que la plaie de la fesse et qui a été incisé, il y a 8 jours.

Par ailleurs : malade très amaigrie ; température à 39°. Pouls : 108 avec quelques intermittences ; langue humide, gorge normale.

Poumons : nombreux râles de bronchite disséminés dans le poumon gauche.

Cœur : quelques extrasystoles ; T. A. : 11,5 — 6,5.

Foie, rate, réflexes : normaux.

Urines : urobiline + ; urée sanguine : 1 gr. 5.

Antécédents : jamais d'Erysipèle. La malade a souvent de la céphalée matinale, des bourdonnements d'oreille, des mouches volantes ; fréquemment, elle se réveille la nuit parce qu'elle ne peut pas respirer.

On lui aurait trouvé très récemment (le lundi 8) une tension maxima à 24, et on lui faisait fréquemment des saignées. On lui aurait fait une série de piqûres de bismuth intra-musculaires.

Pas d'enfants, pas de fausses couches ; pas de signes d'éthylisme.

18 janvier : la plaque érysipélateuse gagne la région lombaire.

20 janvier : l'Erysipèle s'étend sur les cuisses, la plaie se nettoie bien, traces d'albumine indosables dans les urines ; T. A. 11 — 6,5.

24 janvier : dans l'après-midi, la malade aurait eu des urines sanglantes, ainsi que dans la soirée.

25 janvier : la malade se plaint de souffrir du bas-ventre. Elle est très pâle, amaigrie, somnolente dans la journée. U. S. : 1 gr. 60 ; urines ; colibacilles, pas d'hématies.

30 janvier : la température oscille autour de 38° ; P. : 100 ; l'Erysipèle regresse ; incision d'un abcès de la fesse gauche.

2 février : la température est montée à 39°3 le matin, 40°8 le soir, la plaque s'étend avec un bourrelet net. L'émission des urines est douloureuse ; une hémoculture faite ce jour restera négative.

6 février 1934 : depuis la veille, les urines sont *franchement d'aspect hémorragique* ; elles contiennent de nombreuses hématies, des leucocytes, des cylindres granuleux ; elles sont abondantes (1 litre).

La malade se plaint de céphalée, de légères oppressions respiratoires.

Elle a de petites épistaxis fréquentes.

Au cœur : *on note un léger souffl systolique de la pointe*. La T. A. 14,5 — 8.

Il existe une légère infiltration œdémateuse de la région lombaire et de la face interne des cuisses. Température autour de 39° ; U. S. : 0,70

11 février : température : 38°8 ; nouvelle plaque érysipélateuse de la région thoracique à droite ; œdème lombaire.

Submatité des deux bases pulmonaires avec, à gauche, souffle et pectoriloquie aphone.

12 février : la plaque érysipélateuse a disparu ; l'infiltration œdémateuse s'étend dans le dos, le long des gouttières vertébrales, à la partie inférieure du thorax ; mêmes signes d'auscultation que la veille.

17 février : température entre 37° et 38° ; urines normales, plus d'œdèmes.

23 février : température à 39° le soir. Réapparition de l'hématurie, deux litres d'urines. A la base gauche : pectoriloquie aphone, *bronchophonie*, *souffle tubo-pleural*.

T. A. : 16 — 9. U. S. : 0 gr. 55.

26 février : température à 39° ; *l'hématurie persiste*, 1.500 cc. d'urines. Apparition d'un foyer à la base droite (matité, sous-crépitants) ; à gauche, les signes d'auscultation restent inchangés.

3 mars : ascension thermique à 39°2 ; point de côté droit avec gêne respiratoire ; toux grasse ramenant une expectoration purulente.

Poumons : du côté gauche : submatité de la base, râles de bronchite sur toute l'étendue du champ pulmonaire. Du côté droit : matité étendue remontant jusqu'à la partie moyenne du poumon ; pas de souffle, pas de pectoriloquie ; diminution très marquée du murmure vésiculaire. Sous-crépitants en avant sous la clavicule. Cœur normal, P. : 120 ; T. A. : 16 — 9. Urines encore légèrement hématuriques (quelques hématies, cylindres granuleux) ; *une ponction exploratrice ramène quelques cc. de liquide dans le cul de sac droit (liquide jaune-vert, sero-purulent)*.

4 mars : température à 39°8 ; dyspnée très marquée ; respiration : 48, tachycardie à 156. *Ponction évacuatrice ramène du côté droit 500 cc. de liquide louche, verdâtre, contenant du strepto à l'examen direct*.

5 mars : température à 38°6 ; dyspnée moins marquée ; les signes d'auscultation restent les mêmes ; expectoration purulente ; la ponction ramène un liquide de même aspect. Le chirurgien de garde, appelé (M. Ameline) renonce à opérer la malade en raison de son état général et des foyers sous-jacents à l'épanchement. U. S. : 2 gr. 07.

6 mars* : *hémoculture positive au strepto*.

8 mars : température à 38°4. Pouls : 120. R. : 24 ;

malade très asthénisée, le faciès excavé. Ponction évacuatrice de 800 cc.

Mort dans la nuit du 8 au 9 mars.

Autopsie, 10 mars : gros épanchement pleural droit (un litre et demi environ) avec fausses membranes

Poumons : droit, nombreux foyers broncho-pneumoniques. Gauche, un foyer broncho-pneumonique à la base.

Reins : 150, 150 ; se décortiquent bien. Tous deux ont une corticale réduite par endroits à un cordon scléreux, en d'autres endroits un peu congestive.

Les autres organes sont normaux.

SUPPURATION

DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ

SPHACELE SUPERFICIEL

L'inflammation érysipélateuse aboutit parfois à la production d'abcès, soit localisés, soit étendus. Le pus se forme surtout là où le tissu cellulaire sous-cutané est lâche, et permet à la sérosité de se collecter.

Le siège le plus fréquent des suppurations sont les paupières, et avant tout, la paupière supérieure. Malgré des pertes de substances, la réparation se fait assez rapidement.

La suppuration, sous-jacente à la plaque érysipélateuse, dans la grande majorité des cas, peut, dans quelques cas, se développer dans des régions éloignées ; ces localisations sont sous la dépendance d'une pyohémie.

Les ganglions, tributaires du territoire cutané

inflammé, sont constamment atteints, au cours de l'Erysipèle.

Cette adénite est parfois le point de départ d'un phlegmon qui nécessite l'incision, suivie le plus souvent d'une guérison rapide.

Il y a une complication suppurée, très rare, mais très grave. C'est le phlegmon de l'orbite, caractérisé par la protusion du globe oculaire, son immobilité et un chemosis intense ; cette complication est toujours mortelle.

La suppuration sous-cutanée, au cours de l'Erysipèle, ne comporte pas un pronostic grave. Ce n'est pas la suppuration en elle-même, qui est dangereuse. Elle ne devient grave que lorsqu'elle évolue sur un terrain débilité et peu résistant. La pyohémie se déclare alors, entraînant la mort.

Dans le dictionnaire Dechambre et Lereboullet, nous trouvons la description de la pyohémie sous le titre : Erysipèle compliqué d'infection purulente :

« La complication que nous allons étudier est heureusement assez rare, elle ne se produit que dans les formes phlegmonneuses et gangréneuses de l'Erysipèle ; c'est dire qu'elle est le propre des individus débilités cachectiques, et de quelques diathésiques. Dans quatre cas, dit Gosselin, j'ai vu, du 8° au 10° jour de l'Erysipèle, l'état général devenir grave et la maladie se terminer par la mort. Les premiers signes de la pyohémie se produisent pendant l'évolution d'un Erysipèle compliqué de suppuration, de gangrène ou de lésions articulaires.

« Subitement, le malade accuse un ou plusieurs
« frissons. Il est mal à l'aise. Il éprouve quelques
« désordres gastriques ; après quelques heures, la
« suppuration s'arrête, la plaie se dessèche et prend
« une couleur saumonée, la peau, tuméfiée auparavant, devient flasque et s'affaisse. Un œil exercé
« reconnaît aussitôt la pyohémie. La mort est dès
« lors imminente, et ne tarde pas à arriver avec une
« rapidité variable. On trouve, à l'autopsie, des
« abcès métastatiques, du pus dans la plèvre, le
« péritoine, les articulations ; le sang offre toutes
« les altérations des pyohémies rapides ; tout dénote
« une intoxication générale d'une intensité peu
« commune. »

Dans 14 observations, nous avons relevé des complications suppuratives.

Suppuration du tissu cellulaire sous-cutané :
10 cas (6 fois, la suppuration siègeait aux paupières).

2 cas de phlegmon du cou et 2 cas de sphacèle superficiel de l'Erysipèle.

Nous reproduisons une observation d'Erysipèle de la face, compliqué de phlegmon du cou avec gangrène, ayant entraîné la mort.

Observation n° 13

Le B. E., âgé de 58 ans, menuisier, entre le 1^{er} mai 1933. Adressé par son médecin traitant. Début le 29 avril, au niveau de l'oreille gauche ; elle est rouge, œdémateuse, infiltrée. En même temps : céphalée vive, nausées répétées sans vomissements, frissons, température à 38°2. Le malade reste alité.

Dans la journée, et le lendemain, la plaque s'étend à la joue gauche, aux paupières gauches, au front, au nez.

Le nez est œdématisé, douloureux. Le malade ne peut plus respirer par le nez.

A l'examen le 2 mai : Erysipèle étendu à l'hémiface gauche y compris l'oreille, au front, au nez, à la paupière et à la joue droites. Une région de peau saine persiste sur la moitié droite du front ; les paupières sont tuméfiées, les fentes palpébrales diminuées.

Sur la plaque érysipélateuse, de nombreuses crouelles (phlyctènes desséchés) ; de la sérosité sanglante s'écoule des fissures du derme, au niveau de l'oreille gauche et des narines.

Température à 39°8. Le pouls est rapide.

Cœur : *tachyarythmique*, pas de souffles orificiels.
T. A. : 14 — 8.

Poumons : submatité des bases, diminution du M. V. aux bases ; quelques râles fins à la base droite.

Foie : matité étendue sur la ligne mamelonnaire du 6^e espace à un travers de doigt au-dessous du rebord costal.

Rate : non palpable, percutable sur 5 travers de doigts.

Urines : Urobiline + ; réflexes : pupillaires et rotuliens + ; achilléens ?

A. P. : service au Tonkin ; antécédents nets d'hyposystolie. Œdème malléolaire, dyspnée d'effort.

Le 4 mai : état général sévère, subictère ; placard induré, ligneux, chaud et douloureux, mal limité à la face antéro-latérale gauche du cou (phlegmon).

Le 6 mai : extension du phlegmon à la face antérieure gauche du thorax ; température à 40° ; propidon 3 cc. L'Erysipèle gagne la région thoracique postérieure et supérieure.

Le 7 mai : volumineuse poche fluctuante dans la région inférieure de la joue gauche et région sous-maxillaire gauche. Ponction : 60 cc. de pus. Incision : évacuation d'une grosse collection très superficielle.

Le 8 mai : la chute thermique continue, mais asthénie +++ ; langue très sèche ; haleine très fétide ; le pouls est régulier, mais petit. *Oligurie*.

Le 11 mai : contrincision sus-sternale ; décollement suppuré de la base du cou, face antéro-latérale gauche. Evacuation de pus, jaune, verdâtre, très fétide (30 cc.).

Le 12 mai : température à 37°, mais état général d'un intoxiqué. *a)* adynamie. *b)* localement : sphacèle de la peau, du tissu cellulaire ; fétidité abominable de la plaie. Il persiste à la base du cou et sur la partie supérieure du thorax, région pectorale gauche, une infiltration œdémateuse rouge, sans bourrelet, ne prenant pas le godet ; il semble qu'il n'y ait pas de pus à ce niveau. *c)* violente douleur spontanée et provoquée au niveau du genou gauche ; il est en flexion légère ; douleur particulièrement vive au niveau de l'interligne, mais pas de chaleur locale, ni de tuméfaction (arthrite suppurée ?).

Diminution considérable du volume des urines qui sont foncées, urobiliniques.

Le 13 mai : la veille, nouvelle poussée thermique ; examen des lésions : au niveau de l'incision cervicale, première en date, sphacèle disséquant les tissus sous-jacents. A la base du cou, pertuis spontanés par sphacèle des téguments, laissant sourdre une sérosité séropurulente extrêmement fétide ; la peau se décolle partout des tissus sous-jacents ; les pertuis communiquent entre eux et avec les incisions déjà faites.

On note l'existence, sous la clavicule gauche, extrémité interne, d'une zone violacée, non tendue, fluctuante à inciser ; incision : évacuation de pus (50 cc.). L'état général est toujours celui d'un intoxiqué. Adynamie, oligurie extrême, faciès livide et cyanose des extrémités.

Décédé le 15 mai.

GANGRENE GAZEUSE

Notre attention a été attirée par une observation d'un malade atteint d'érysipèle ou dermite streptococcique de la cuisse et de l'aîne droites, qui montrait l'existence de crépitation gazeuse sous-jacente à l'inflammation.

Crépitation gazeuse qui s'étendait progressivement de l'aine à la cuisse, avec état général grave.

Le malade a reçu du sérum antigangréneux.

Nous pensons que, dans ce cas, il s'agissait de gangrène gazeuse, complication grave, et il nous a paru intéressant de reproduire l'observation en question.

Observation n° 14

P. J., 57 ans, entre le 22 mai 1933.

Le malade est envoyé à Claude-Bernard de l'hôpital Saint-Antoine avec le diagnostic d'Erysipèle de la cuisse droite.

Le 21 mai, alors qu'il était en observation pour appendicite à Saint-Antoine, on note : une élévation thermique et l'apparition d'un placard rouge à la racine de la cuisse droite, face antérieure et face externe.

Le 23 mai on constate : une plaie non encore cicatrisée de la face externe de la cuisse droite 1/3 moyen (bouton gratté) ; une vaste plaque rouge bronzée étendue à la racine de la cuisse, face antérieure et face externe et l'hypogastre droit au-dessous de l'épine iliaque antérieure. Vaste phlyctène de 7 à 8 cm. de long, à contenu citrin, à fond sphacélique en un point.

On ne sent pas de bourrelet ; la plaque n'est pas tendue comme celle d'un Erysipèle.

Il existe une adénopathie inflammatoire de la région inguinale.

Crépitation dans la région du pli de l'aine.

Examen somatique : malade particulièrement pâle et amaigri.

Cœur : rapide, bruits bien frappés, pas de souffles orificiels ; T. A. 11,5 — 8 (Vaquez).

Œdème lombaire, mou, blanc, prenant le godet, non douloureux, bilatéral, plus marqué à gauche.

Foie : 5° espace, déborde à peine le rebord costal.

Rate : pas palpable.

Poumons : pas de matité ; quelques râles fins à la base gauche.

Réflexes : +. Urines : urobiline +.

A. P. : entré, il y a trois semaines à Saint-Antoine pour des douleurs de la racine de la cuisse, diagnostiquées : appendicite. Pendant 3 semaines en observation : 33° — 38°5 tous les soirs ; glace sur le ventre.

Le 24 mai : localement, nouvelles escarres, odeur infecte, *crépitation gazeuse*, *pseudo - fluctuation* (gazeuse ?).

S. G. toxiques. Température à 40°. Tachyprée, respiration superficielle, sueurs froides, refroidissement des extrémités.

Extension à la cuisse : *gonflement*, *crépitation gazeuse diffuse*.

T. A. imperceptible à 10 h. 30. Foyer pulmonaire à la base gauche, râles sous-crépitants.

Décès à 12 h. 30.

ARTHRITE SUPPUREE

L'arthrite suppurée au cours de l'Erysipèle est une complication rare mais grave.

Soit qu'elle soit consécutive à une suppuration sous-cutanée sous-jacente à un Erysipèle occupant la région articulaire, soit qu'elle survient au cours d'une septicémie ou d'une pyohémie.

Dans deux observations, nous avons trouvé l'existence de suppuration articulaire ; dans les deux cas, l'arthrite succédait à une suppuration locale.

Dans le premier cas, il existait une arthrite scapulaire suppurée survenue au cours d'un Erysipèle du bras correspondant. Dans le second cas, il s'agissait de suppuration du coude et du genou gauches, consécutive à un Erysipèle du membre supérieur et de la jambe du même côté.

Pour Roger, les manifestations articulaires n'apparaissent surtout qu'à la convalescence de l'Erysipèle. Il en distingue trois variétés : la première comprend les douleurs arthralgiques plus ou moins étendues et passagères ; à la seconde appartiennent les arthropathies véritables, surtout fréquentes aux genoux, ayant un caractère inflammatoire aigu avec tuméfaction, chaleur, rougeur, et guérissant rapidement sous l'influence du salicylate de soude. Enfin, la troisième variété comprend les cas rares de suppuration articulaire.

Nous trouvons dans le « Dechambre et Lereboullet » la description suivante, concernant les complications articulaires :

« Pour ce qui concerne l'arthrite infectieuse sur-
« venant au voisinage de l'érysipèle, on peut utili-
« ser la statistique de Ritzmann (Berlin, Klin. Woch.
« 1871, t. VIII) qui sur 130 observations d'érysipèle
« rencontre 5 fois seulement cette complication ;
« 2 fois, l'articulation tibio-tarsienne fut prise ; celle
« du genou une fois, celle du coude et de l'épaule
« une fois également. A deux reprises, la mort sur-
« vint à la suite de septicémie.

« Quand l'arthrite passe à la suppuration, elle
« évolue, dit Gosselin, comme toutes les arthrites
« infectieuses, comme celle de l'état puerpéral par
« exemple, c'est-à-dire qu'elle cause une série de
« dégâts intraarticulaires et des phénomènes géné-
« raux assez intenses pour mettre la vie en danger. »

Observation n° 15

Mme veuve H., brunisseuse, entrée le 8 juin 1933 avec le diagnostic d'Erysipèle de la jambe et du bras gauches. On se trouve en présence d'une malade à l'aspect hébété, ne répondant pas aux questions posées.

Elle est capable, toutefois, d'exécuter certaines manœuvres qu'on lui demande au cours de l'examen.

Aucun renseignement sur le début, l'évolution de la maladie.

A des questions réitérées, la malade répond que le début remonte à 10 ou 12 jours.

Examen : température à 40°3 à l'entrée, 38°8 le matin du 9 juin. P. 120.

Bras gauche volumineux, rouge, douloureux à la pression, l'extension passive de l'articulation du coude est limitée ; l'œdème atteint l'avant-bras, la main ; la peau est ulcérée, par suite de l'existence antérieure de phlyctènes vraisemblablement.

La jambe gauche est grosse, rouge, douloureuse. Il existe de l'œdème du pied, de la jambe, s'arrêtant au-dessus de l'articulation du genou qui est augmentée de volume avec léger choc rotulien.

Cœur : bruits sourds, mais réguliers. T. A. 13 — 8.

Ventre : volumineux ; il ne semble pas y avoir d'ascite.

Poumons : rien à l'auscultation

Réflexes : oculaires, tendineux, normaux.

Urines : albumine : 0. Sucre : + $\left\{ \begin{array}{l} \text{par 24 heures 1 gr. 80} \\ \text{par litre 3 gr. 60.} \end{array} \right.$

urobiline +.

urée sanguine : 0 gr. 90.

10 juin : sucre urinaire $\left\{ \begin{array}{l} \text{par litre 10 gr.} \\ \text{par 24 h. 5 gr.} \end{array} \right.$

11 juin : malade fatiguée, somnolente, ne répond pas aux questions.

Membre supérieur gauche : œdématié dans la totalité. Aspect phlegmonneux du bras, de l'articulation du coude. La mobilisation est douloureuse. L'œdème est particulièrement intense au niveau de la face interne du bras où la peau est plus rouge. On y sent un cordon dur parallèle à l'axe du bras. Pas d'adénopathie axillaire.

Membre inférieur gauche : œdématié dans sa totalité, le genou est très gros ; rouge, chaud, avec circulation veineuse collatérale. Placard érysipélateux sur la cuisse.

Cœur : bruits réguliers, bien frappés. T. A. 12,5 — 8,5. P. 124.

Poumons : sous-crépitan à la base gauche, crépitants à la base droite, sibilants dans le champ pulmonaire droit.

Foie : pas palpable, légèrement douloureux.

Urines : sucre ++. Gerrhardt : 0.

Langue : blanchâtre, humide.

12 juin : même aspect somnolent ; érysipèle gagne vers les grandes lèvres ; langue humide ; P. 108. R. 44.

Urines : sucre. Litre, 11 gr. 60. 24 h., 5 gr. 80.

Examen de M. Lemierre : empatement de toute la face interne du bras, pas de fluctuation vraie ; pas d'adénopathie axillaire ; dilatation veineuse superficielle. Exclut le diagnostic d'Erysipèle à cause de l'œdème profond, de la dilatation veineuse périphérique.

13 juin : température à 38°6. P. 126 régulier, bien frappé. T. A. 12,5 — 7. R. 52. Langue très sèche. Malade fatiguée, abattue.

Poumons : *foyer submat avec râles sous-crépitan à la base gauche* ; ponction exploratrice retire un cc. de liquide légèrement louche (résultat au 14 juin). Membre supérieur inchangé ; gagne racine de cuisse. Œdème de la grande lèvre gauche considérable.

Urines : $\left\{ \begin{array}{l} \text{par litre, 3 gr. 50.} \\ \text{par 24 h., 1 gr. 75.} \end{array} \right.$

14 juin : examen du liquide pleural du 13 juin :

Albumine : 22,10. $\left. \begin{array}{l} \\ \end{array} \right\} \begin{array}{l} \text{Lympho} \\ \text{Poly} \end{array} \left\{ \begin{array}{l} \\ \end{array} \right. \begin{array}{l} \text{à} \\ \text{à} \end{array}$

Pas de germes à l'examen direct.

Langue sèche ; P. 120. Poumons : foyer persistant. Bras gauche semble moins œdématié ; membre inférieur gauche d°.

16 juin : urines du 15 : traces de sucre, pas d'acétone. Etat stationnaire. Ponction lombaire : albumine : 20 centigr. ; un élément à cellule de Nageotte ; *ponction face antérieure membre inférieur gauche : pus à strepto.*

17 juin : œdème au membre inférieur moins considérable. Grande lèvre moins œdématiée. Membre supérieur : œdème moins gros, moins dur, peau plissée desquamée. Foyer pulmonaire gauche beaucoup moins intense. Langue toujours sèche. *Ponction face interne du bras ramène du pus.*

18 juin : langue sèche ; incontinence des urines ; foyer pulmonaire a disparu ; partie inférieure de la face interne du bras œdématié, rouge ; pas de fluctuation nette. Membre inférieur : pas de changement.

19 juin : P. 108. R. 40. Température à 38°. Langue sèche.

Au niveau de la face interne du bras, masse se ramollit, devient fluctuante. Ponction : pus en abondance. Membre inférieur moins œdématié. Cœur normal. Poumons : foyers de sous-crépitations aux deux bases.

M. Gattelin ? pratique :

1° Incision à la face *postérieure articulation du coude.*

2° Incision à la face *antéro-interne, partie supérieure du tibia.*

21 juin : dans l'après-midi, à l'occasion d'un pansement d'une escharre sacrée, il se produit en un point de la périphérie de l'escarre une fusée de pus brunâtre, sanguinolent, à odeur typique de gangrène gazeuse. Crépitation gazeuse autour de l'escarre. A 18 h. 30, température 39°5. A 20 h. 30, température 38°2.

L'hémoculture n'est pas pratiquée à ce moment, malgré les sueurs, les frissonnements que présente la malade, car au pli du coude du seul bras sain, il ne persiste plus de veine convenable.

22 juin : P. 120. R. 52. Langue sèche au centre, humide sur les bords. Incontinence des urines complète.

23 juin : température : 37°6. P. 116. R. 42. Langue très sèche. Torpeur. *Au niveau du coude, pus en abondance.* Au niveau du genou : *pus en faible quantité.*

24 juin : l'escarre apparaît énorme, occupant la région sacrée : perte de substance d'un diamètre de 15 cm. environ, très profonde avec large décollement vers la région lombaire : nombreux débris sphacéliques d'odeur gangréneuse.

26 juin : suppuration abondante à l'incision de la jambe gauche.

Bruits cardiaques normaux, réguliers.

Décédée le 27 juin.

OTITE MOYENNE SUPPUREE

Dans deux observations seulement, nous avons trouvé cette complication.

Mais dans un cas, l'otite existait déjà au moment de l'entrée du malade dans le service, et, d'après l'histoire de la maladie, l'otite a même précédé, de peu, l'éclosion de l'érysipèle. Il s'agit d'un hypertendu, qui brusquement, un matin au réveil, fait une épistaxis abondante de la narine gauche nécessitant son transport d'urgence à Lariboisière.

Là, on lui fait un méchage ; il garde les mèches pendant 3, 4 jours.

Pendant ce temps, il devient fébrile et *complètement sourd*. La plaque érysipélateuse est apparue immédiatement après l'ablation des mèches ; l'oreille gauche a commencé à couler quelques jours après (Obs. 18).

Dans l'autre cas, au contraire, l'otite est apparue au cours de l'évolution de l'érysipèle ; c'est cette observation que nous reproduisons.

L'otite, d'ailleurs, n'a pas été la complication principale, les complications pulmonaires qui se sont progressivement aggravées ont été la cause efficiente de la mort. Voici, en ce qui concerne l'otite de l'Erysipèle, ce que nous trouvons dans le Decharabre et Lereboullet.

« Il semble qu'il s'agit d'une propagation directe
« du processus érysipélateux ; le conduit auditif
« externe se prend aisément, son revêtement n'étant
« que le prolongement du revêtement cutané du
« pavillon de l'oreille ; le calibre du conduit dimi-
« nue par suite du gonflement du tissu cellulaire
« sous-cutané. La membrane du tympan est rouge,
« boursouflée ; c'est ce qu'on peut voir à l'otoscope.
« Le processus peut s'étendre à l'oreille moyenne ;
« d'où otite moyenne catarrhale, parfois même sup-
« purée. Il en résulte des symptômes propres à ces
« sortes de lésions. Mais, assez souvent, l'érysipèle
« s'accompagne de surdité, plus ou moins pronon-
« cée, sans lésion apparente ; dans ces cas, cette
« surdité dépend de la dépression nerveuse géné-
« rale (Tillmans) ».

Observation n° 16

Mme B., veuve C., âgée de 59 ans, journalière, entre le 27 janvier 1933.

Il s'agit d'une femme assez obèse, qui entre pour un Erysipèle de la face.

Le début remonte au mardi 23 janvier, mais, depuis quelque temps, elle était grippée.

Le mardi 23, elle a eu des frissons répétés, une ascension thermique à 39°, des nausées, de la douleur avec gonflement à l'angle de la mâchoire, du côté gauche.

Le lendemain, apparition d'une plaque rouge et chaude, à l'angle interne de l'œil gauche, qui s'étend rapidement ; persistance de la fièvre avec céphalée. La malade voit un médecin qui lui conseille d'entrer à Claude-Bernard.

A son entrée, le vendredi 27 janvier, température à 38°5. Le soir, 39°8.

Le 28 janvier : le matin : 39°2. P. : 104. R. : 28.

A l'examen : on constate, au niveau du visage, une plaque érysipélateuse assez intense : plaque rouge, chaude et infiltrée, prenant tout le visage, le front, les oreilles, ne respectant que le menton. Paupières tuméfiées ; grosses phlyctènes recouvertes de croûtes sur l'aile du nez du côté gauche.

Empatement diffus de la région sous-angulo-maxillaire. Cœur normal. T. A. 14 — 9.

Poumons : quelques râles de congestion à la base droite.

Foie et rate : non augmentés de volume. Signes nerveux : 0. Pas de signe de Babinski.

Tube digestif : langue sale, mais humide ; gorge pas rouge.

Urines : sucre : 0. Albumine : 0, traces d'urobiline.

Antécédents : pas de maladies antérieures ; pas de signes d'intoxication éthylique ; six enfants, dont trois sont morts en bas âge, de méningite.

Le 7 février : la température est montée, hier soir, à 39°. Le matin, 38°4.

Otite droite qui coule ; langue un peu sèche.

Quelques râles de congestion aux bases.

Jeudi 9 février : Pouls : 96. Température : 39°1. Râles de congestion aux bases.

Samedi 11 février : Température : 40°4, nombreux râles de congestion.

Lundi 13 février : Température : 37°8. *Submatité aux deux bases, râles crépitants et sous-crépitanls.*

Apparition d'une large plaque érysipélateuse à la jambe gauche, étendue jusqu'au pied, douloureuse.

Décédée le 13 février.

PERITONITE

La péritonite érysipélateuse est une complication peu fréquente, mais d'une gravité incontestable.

Henry, dans sa thèse (Lyon, 1914), cite plusieurs cas de péritonite érysipélateuse, dont les uns mortels, les autres guéris à la suite d'intervention chirurgicale rapide.

Il distingue deux genres de péritonite érysipélateuse :

1° Les péritonites survenant au cours de l'évolution de l'érysipèle et d'un diagnostic relativement facile,

2° Les péritonites survenant chez un sujet en bonne santé apparente, et qu'on peut rattacher à une origine érysipélateuse, soit par la notion d'un contagé, soit par le fait que, secondairement apparaît au cours de la péritonite, un érysipèle chez ce même sujet.

Dans le Dechambre et Lereboullet, nous trouvons la description suivante :

« La péritonite érysipélateuse a été signalée par
« Abercrombie, Hardy et Behier, Siredey et Danlos;
« elle a été étudiée dans les thèses d'Aubrée, de Che-
« culis. Elle se propage chez le nouveau-né par le

« cordon ombilical ; on l'a observée aussi à la suite
« d'Erysipèle du tronc. La péritonite est une mani-
« festation rare de l'Erysipèle ; elle peut se présen-
« ter dans les mêmes conditions et sous la même
« forme que la péricardite et la pleurésie. Dans aucun
« cas, la recherche des bactéries n'a été faite dans
« le péritoine enflammé, ni dans l'exsudat. La péri-
« tonite érysipélateuse peut être une des manifesta-
« tions de l'érysipèle puerpéral. »

Personnellement, nous avons trouvé, dans trois observations, des symptômes d'atteinte péritonéale.

Mais, dans un cas, le malade, en plus de l'Erysipèle, était porteur d'une hernie inguinale double, irréductible à droite.

Les signes de réaction péritonéale : hoquet avec défense abdominale, que le malade présentait, doivent être rattachés à l'irréductibilité herniaire et non à l'érysipèle.

Dans le second cas, le malade, atteint d'Erysipèle de la face, récidivant, présentait en plus d'une albuminurie avec un signe de Kernig et de la contraction musculaire : *un abdomen douloureux sans localisation nette avec constipation.*

Dans la troisième observation que nous reproduisons, il s'agit d'un malade qui, 2 semaines avant l'apparition de l'Erysipèle, a subi une hystérectomie totale, mais a continué à avoir des pertes purulentes.

Elle a présenté un Erysipèle de la hanche, de la fesse et de la cuisse du côté gauche avec *météorisme et réaction de défense de l'abdomen.*

On peut donc conclure que, dans ces 2 derniers

cas, l'atteinte péritonéale était d'origine *érysipélateuse, streptococcique*.

Observation n° 17

Mme B., âgée de 43 ans, cultivatrice, entrée le 7 août 1933.

A subi une hystérectomie pour fibrome le 20 juillet, à Lariboisière ; à la suite de l'opération, pendant 7 jours, la température s'est maintenue aux environs de 40°. Le 29 juillet, à la suite d'un toucher vaginal, écoulement sanguinolent par le vagin, chute thermique.

La température se maintient autour de 37°5 pendant 6 jours. Le 6 août, la température s'élève à 40°6. Erysipèle de la hanche gauche. Entre dans le service le 7 août.

Le 8 août : température : 39°9. Pouls : 104.

Plaque érysipélateuse au niveau de la région fessière gauche, trochanterienne et de la cuisse du même côté.

Plaque rouge vif, indurée, douloureuse avec quelques phlyctènes suppurées à sa surface.

L'abdomen : *météorisé ; palpation douloureuse gênée par une défense musculaire*.

Toucher : col de l'utérus déchiqueté ; pertes fétides purulentes.

Cœur : tachycardie. T. A. 15 — 7,5

Poumons : diminution du murmure vésiculaire à la base gauche.

Foie, rate : non augmentés de volume ; urobiline +.

Le 11 août : érysipèle de la hanche droite.

Décédée le 13 août.

REACTION MENINGEE, MENINGITE

Les réactions méningées, au cours de l'Erysipèle, ne sont pas rares.

Dans cinq de nos observations, les malades pré-

sentaient des signes méningés : raideur étendue à plusieurs groupes musculaires, ou localisée à la nuque ; signe de Kernig.

Ces deux signes existaient séparément ou ensemble.

Dans un cas d'Erysipèle qui s'est étendu au cuir chevelu, le malade a présenté, en plus de la raideur généralisée, du délire et de la dissociation du pouls et de la température. La ponction lombaire pratiquée chez ce malade a été blanche.

Dans les autres cas, la ponction lombaire a ramené un liquide qui montrait une légère réaction lymphocytaire (2 éléments par mm. c.).

Pour Roger, la méningite érysipélateuse est exceptionnelle. Voici d'ailleurs ce qu'il en dit :

« La mort est parfois précédée de quelques troubles, tels que : raideur de la nuque, protusion et douleur des globes oculaires, qui font penser à une complication méningée. Contrairement à l'opinion longtemps classique, la *méningite érysipélateuse est fort rare*. L'autopsie ne révèle, le plus souvent, aucune lésion appréciable des centres nerveux. Parfois, on observe une infiltration de sérosité légèrement louche dans les mailles de la pie-mère.

« Dans quelques cas, d'ailleurs exceptionnels, du liquide s'accumule sous la dure-mère, formant de véritables phlyctènes méningées. Cette sérosité renferme un nombre considérable de chaînettes streptococciques. Chantemesse admet que le microbe pullule abondamment dans le liquide

« céphalo-rachidien et qu'il y produit des toxines
« agissant sur les centres nerveux sous-jacents.

« En face de cette *méningite séreuse*, on peut pla-
« cer la *méningite suppurée* qui n'est guère plus
« fréquente et relève parfois d'une infection pneu-
« mococcique secondaire. Les symptômes peuvent
« être assez nettement accusés pour permettre de
« poser le diagnostic : Ce sont la céphalée, la rai-
« deur de la nuque et des membres, le délire et fina-
« lement le coma.

« Dans certains cas, on voit simplement un
« malade, délirant, s'affaiblir et succomber dans un
« état comateux. L'autopsie révèle des traînées puru-
« lentes autour des vaisseaux de la convexité et des
« exsudats épais d'un jaune verdâtre.

« L'examen bactérioscopique permet de déceler,
« dans cette forme, de nombreux pneumocoques,
« associés à quelques rares chaînettes de strepto.»

Les observations que nous avons reproduites :
N° 2 pour les complications pulmonaires. N° 7 pour
les complications rénales, contiennent en plus, des
symptômes de réaction méningée. Elles nous ser-
viront donc d'exemple pour les complications
méningées.

TROUBLES NERVEUX

Ce chapitre comprend les cas d'érysipèle avec
atteinte de l'axe cérébro-spinal.

Les troubles nerveux, au cours de l'érysipèle, sont
assez fréquents, et, avant tout, le délire.

Le délire apparaît souvent dans les érysipèles qui s'étendent au cuir chevelu.

Dans 6 de nos observations, nous avons noté l'existence de complications nerveuses.

Dans 4 cas, il y a eu du délire avec agitation. Dans un cas, de l'adynamie.

Enfin dans un autre cas, le malade, âgé de 24 ans, opéré d'une mastoïdite 2 jours avant l'éclosion de l'érysipèle, est tombé dans le coma au cours de l'érysipèle (2 jours après son éclosion). Coma peu profond, plutôt torpeur profonde, avec réflexe cutané plantaire en extension du côté droit et clonus bilatéral des pieds. Atténuation du coma, puis reprise jusqu'à la mort. L'atteinte cérébrale par l'infection streptococcique, dans ce cas, ne fait aucun doute. Il s'agissait vraisemblablement d'une hémorragie cérébrale en deux temps.

Nous mentionnerons ici l'existence fréquente, au cours de l'érysipèle à évolution grave, de paralysie des sphincters ; incontinence des urines seule ou associée à l'incontinence des matières.

La paralysie des sphincters n'est qu'un épiphénomène, au cours d'un érysipèle avec complications pulmonaires ou suppuratives graves.

Roger décrit ainsi les troubles nerveux de l'érysipèle :

« L'érysipèle compte parmi les maladies qui provoquent le plus fréquemment des troubles nerveux. Le délire n'est pas rare à la période d'état, mais le plus souvent, rétrocede avec les autres manifestations morbides. Dans les cas funestes, le

« délire persiste et le malade succombe souvent dans
« le coma.

« Les myélites aiguës, post-érysipélateuses, sont
« rares. Boidin et Massary en ont rapporté un cas
« qui s'est rapidement terminé par la mort.

« Après la guérison de l'érysipèle, des troubles
« nerveux peuvent persister, les manifestations déli-
« rantes par exemple, qui rétrocedent et dispa-
« raissent en quelques semaines. »

Dans le Dechambre et Lereboullet, la description
est la suivante :

« Les accidents encéphaliques ont été divisés, au
« point de vue anatomo-pathologique, en accidents
« non inflammatoires et accidents inflammatoires ;
« au point de vue clinique, nous les diviserons en
« accidents passagers ou fugaces, qui guérissent et
« en accidents durables, mortels. Le délire est très
« fréquent dans l'Erysipèle, mais surtout dans l'Ery-
« sipèle de la face et du cuir chevelu ; nous avons
« insisté plus haut sur la bénignité de ce symptôme.
« Quand il y a méningite, ou meringo-encéphalite,
« au délire viennent se joindre d'autres accidents
« cérébraux, des vomissements, du trismus, des
« convulsions et le coma ultime. Les altérations de
« la moelle épinière et de ses enveloppes ont été
« étudiées. Elsæsser (1852) dans un cas d'Erysipèle
« du dos, suivi de convulsions, a trouvé, à l'autop-
« sie, une transsudation séreuse, entre la dure-mère
« et les vertèbres, une dilatation considérable des
« sinus vertébraux, remplis de sang noir, épais, et
« une hyperémie avec ramollissement de la moelle.»

Le cas de coma, dont nous parlons plus haut, se trouve dans l'Observation N° 11, que nous avons reproduite pour les complications hépatiques, le malade ayant, en plus, présenté un ictère.

Observation n° 18

L. R., âgé de 57 ans, horloger, entre dans le service le 19 février 1934, atteint d'un Erysipèle de la face.

L'interrogatoire est extrêmement difficile, car le malade est sourd et n'entend absolument rien.

On apprend qu'il y a une dizaine de jours, il a présenté brusquement au réveil :

Une épistaxis abondante, de la narine gauche surtout ; il a été transporté d'urgence à Lariboisière et méché. 2 jours après, il est fébrile ; quelques jours après (3 ou 4 au dire du malade), on enlève les mèches, dont certaines par la bouche, par voie postérieure.

Il aurait beaucoup souffert, mais, ce qui l'a tout de suite frappé, c'est une surdité absolue.

Il indique qu'avant d'avoir la plaque érysipélateuse de la face, il aurait eu un gonflement du voile, très douloureux.

La plaque de la face est apparue dès que l'on a retiré les mèches.

Actuellement, 20 février :

La plaque atteint le nez, la joue, la région orbitaire, le front, l'oreille de l'hémiface gauche.

C'est un érysipèle typique, cuisant, sans phlyctènes ; il semble dater de 4 à 5 jours environ. Il n'y a pas d'adénopathie cervicale ; pas d'écoulement auriculaire. La langue et la gorge sont très sèches. La température est à 40°, le pouls à 92, ample, régulier. La T. A. : 17 — 10 au Vaquez.

Le malade semble confus, car il ne peut fournir aucune précision de date.

Cœur : régulier, pointe au-dessous et en dehors du mamelon ; choc vigoureux de la pointe.

Poumons : submatité et foyer de râles fins à la base droite.

Foie : matité, déborde de un travers de doigt le rebord costal.

Rate : percutable sur trois travers de doigt.

Réflexes : pupillaires, tendineux, cutanés : normaux.

Urines : urobiline + ; urée sanguine : 0,65.

On constate que l'oreille gauche coule abondamment. Le pus vient du fond du conduit.

Le 20 à midi : *délire et agitation*, le malade veut avaler du verre cassé. (5 cc. de somnifène intraveineux).

A. P. : hypertension connue depuis 2 ans, des épistaxis abondantes et fréquentes ; de l'amblyopie ; de la gêne dans les jambes et dans les bras à type de raideurs.

Le 21 : tremblement très marqué ; malade abattu. *Extension au cuir chevelu* ; grand frisson et claquement de dents ; 39°2. Pouls : 104. T. A. : 13,5 8. *Hémoculture + strepto.*

Le 23 : *agitation et délire ; extension à tout le cuir chevelu.*

Température : 39°2. Pouls : 72 régulier. T. A. 11 — 7. Urée sanguine : 0,95.

Cœur : normal. Poumons : submatité base droite, et râles fins aux deux bases. Réflexes normaux.

Le 24 : induration ; infiltration oedémateuse rosée, tendue, douloureuse, phlegmonneuse ; partie postéro-inférieure du mollet, tendon d'Achille, au niveau de 2 cicatrices de coupures.

Le malade perd ses urines. Aucune modification des réflexes : cutané, plantaire en flexion des deux côtés ; rotuliens égaux.

DIABETE, ACIDOSE

Dans 6 de nos observations, les malades décédés à la suite d'érysipèles étaient diabétiques.

Dans 4 cas, il y avait de l'acidose ; dans les deux autres, la glycosurie était simple.

Les malades présentaient de la torpeur qui évoluait vers le subcoma et le coma terminal.

Quelle est l'influence réciproque entre l'érysipèle et le diabète ? Il est incontestable que l'Erysipèle chez les diabétiques a une évolution plus grave que les sujets sains, et que les complications suppuratives pulmonaires, et septicémiques de l'érysipèle, sont favorisées par le terrain diabétique.

D'autre part, c'est un fait connu que l'évolution du diabète est fâcheusement influencée par l'apparition d'une infection, l'érysipèle en l'occurrence ; l'acidose apparaît, annonçant le coma fatal, et nécessitant un traitement insulinique d'urgence.

De plus, l'érysipèle, facteur d'aggravation du diabète, peut aussi être la cause d'un diabète qui n'existait pas auparavant chez le sujet.

Roger s'exprime ainsi, de l'érysipèle chez les diabétiques :

« Chez les diabétiques, l'érysipèle est intense, et
« s'accompagne fréquemment de délire ; la durée
« est assez longue et l'état général semble assez
« grave. Cependant, dans la majorité des cas, l'affection rétrocede et guérit. »

Observation n° 19

Mme G. J., âgée de 67 ans, sans profession, entre dans le service le 15 juin 1933, pour un Erysipèle de la face.

Il s'agit d'une malade extrêmement fatiguée, abattue, chez laquelle l'interrogatoire se révèle difficile. La lucidité est conservée, les réponses ne montrent aucune incohérence.

On apprend que le début a eu lieu le vendredi 2 juin, brusquement par des frissons et l'apparition d'une rougeur douloureuse au niveau du nez, qui bientôt a gagné toute la face. On serait actuellement en présence d'une rechute, la plaque, la fièvre ayant cédé au bout d'une huitaine de jours pour reprendre ensuite.

Il a existé de nombreux vomissements, de la constipation, depuis le début de la maladie, ainsi que deux épistaxis abondantes lors des premiers jours. Dans les jours précédant le début de la maladie, il n'a pas existé d'angine, mais une très légère douleur dans la région sous-maxillaire. Il n'a jamais existé d'otite, pas de lésions cutanées chroniques de la face.

Antécédents : on ne note aucun antécédent pathologique jusqu'à l'apparition, vers l'âge de 40 ans, d'une hémorragie qui a fait découvrir un fibrome utérin. Depuis ce moment, le fibrome serait resté complètement silencieux. Enfin, la malade ignore complètement s'il y a présence de sucre dans ses urines.

Les signes de la série diabétique : polyphagie, polydipsie, polyurie, ne sont pas évidents. Il ne semble pas avoir existé d'autres troubles : furoncles, prurit, troubles oculaires.

Examen : l'érysipèle occupe toute la face, le front, les joues, la région mastoïdienne et même la nuque ; en avant, il occupe la région sous-mentonnière, entoure complètement le menton, mais le respecte.

Aspect croûteux dû vraisemblablement à l'existence de phlyctènes et à l'application des topiques.

De plus, plaques érysipélateuses : 2/3 inférieurs de la jambe droite, face externe du 1/3 moyen jambe gauche, avant-bras gauche.

Poumons : *foyers bilatéraux* ; gros râles sous-crépitaux nombreux dans tout le champ pulmonaire droit. Souffle intense et râles sous-crépitaux dans la moitié inférieure du poumon gauche. Pas de matité 51 respirations par minute. Pas de rythme périodique.

Cœur : bruits bien frappés ; pas de souffle ; pas de bruits de galop ; pouls régulier à 126. T. A. 20 — 7.

Foie et rate : difficiles à apprécier en raison du ballonnement abdominal. Il n'y a pas d'ascite.

Système nerveux : réflexes rotuliens et achilléens abolis des 2 côtés. Réflexe cutané plantaire, pas de réponse. Aux yeux, myosis intense, réflexe lumineux ?

Urines : Albumine : 0 ; sucre : ++ ; Gerhardt : + ; Urobiline : +, 31 gr. 80 de glucose par litre. Réaction de Legal +.

Température à 40°4. Langue sèche, brunâtre.

Ponction exploratrice de la plèvre gauche : rien.

Hémoculture + au strepto. Reçoit 40 unités d'insuline.

Le 17 juin : la malade semble prostrée, fatiguée, répond péniblement et mal aux questions posées. Le pouls est à 138. La température à 39°6. R. 52. *Urée sanguine* ; 1,10. Langue sèche, brunâtre.

A la face, rien de nouveau.

Tendance à l'extension au bras et au membre inférieur gauches ; l'érysipèle encercle le 1/3 inférieur de la jambe gauche. A droite, il gagne vers le pied.

Poumons : à gauche : matité de la base ; souffle expiratoire intense de la moitié inférieure ; râles sous-crépitaux nombreux.

A droite : pas de souffle ; râles sous-crépitaux disséminés.

Urines : sucre : 0. Gerhardt : 0.

Cœur : régulier. T. A. : 15,5 — 6.

Le 18 juin : *coma*, pas de rythme respiratoire Cheyne-Stokes, ni Kussmaul.

ERYSIPELE ET GROSSESSE

L'érysipèle est-il plus grave chez les femmes enceintes ? Certains auteurs l'affirment.

Nous n'avons trouvé, parmi nos observations, qu'un cas seulement de mort par érysipèle, chez une femme enceinte de 5 mois, au traitement antisyphi-

litique depuis 3 mois (2 fausses couches antérieures) et qui, de plus, présentait, les derniers jours précédant sa mort, du sucre et de l'acétone dans ses urines.

M. Roger rapporte une statistique de 44 cas d'érysipèle chez les femmes enceintes, et qui ont tous eu une évolution favorable. Voici d'ailleurs ce qu'il écrit :

« On a quelque peu exagéré, croyons-nous, la gravité de l'érysipèle chez les femmes enceintes et accouchées. On a soutenu, pendant longtemps, que l'érysipèle provoque fréquemment l'avortement. Wardevell, sur 25 cas, voit 24 accouchements prématurés. Les statistiques modernes sont bien meilleures. Duchein réunit 41 cas et note seulement 14 avortements. Le Gendre en observe 4 sur 13 cas. Sur 44 femmes entrées dans notre service, 25 continuèrent leur grossesse, bien que plusieurs fussent atteintes d'érysipèle grave. Dix-neuf (dont 12 étaient à terme et les 7 autres de 7 à 8 mois) accouchèrent sans accidents. »

Observation n° 20

Mme M., âgée de 24 ans, sans profession, entre à Claude-Bernard le 16 août 1933, pour un érysipèle de la face. L'érysipèle a débuté dimanche dernier (13 août) par : fièvre, céphalée et courbature. En même temps est apparue la plaque sur l'aile droite du nez et s'est étendue sur tout le nez et le côté droit de la face.

La plaque est chaude, violacée, douloureuse ; siège sur le nez, le front, la joue droite ; les paupières sont très tuméfiées, au point que la malade ne peut pas ouvrir son œil droit.

La malade est très abattue ; température à 39°6.

A part la tachycardie, on ne trouve rien d'anormal à l'examen général.

La malade est enceinte de 5 mois.

Antécédents : 2 fausses couches ; depuis 3 mois au traitement spécifique.

Le 19 août : urines : glucose : 3,50 ; acétone : 0.055 par litre.

Décédée le 19 août.

ERYSIPELE AMBULANT

Lorsque l'Erysipèle quitte son territoire primitif et s'étend à d'autres parties du tégument, de proche en proche, par poussées successives, on l'appelle érysipèle ambulant.

Une variété de l'érysipèle ambulant est l'érysipèle erratique ; il diffère de l'érysipèle ambulant par le fait que la dermite streptococcique s'étend d'une façon discontinue ; les nouvelles plaques érysipélateuses apparaissent à distance de celles qui existaient déjà.

Un érysipèle ambulant est plus grave qu'un érysipèle ordinaire, et cela pour deux raisons :

La première est qu'une plus grande étendue de la peau étant envahie, la toxi-infection streptococcique est de ce fait plus intense.

La deuxième raison est que l'érysipèle ambulant ne se développe, le plus souvent, que sur un terrain affaibli ou faible, chez les nouveaux-nés et les nourrissons, qui n'opposent à l'infection érysipélateuse qu'une résistance amoindrie.

Roger décrit ainsi l'érysipèle ambulante :

« Le dos, la poitrine, le ventre, les membres supérieurs, et même les membres inférieurs, peuvent être atteints par la dermite. La marche extensive est souvent indiquée par le bourrelet caractéristique ; il n'en est pas toujours ainsi, et dans certains cas d'érysipèle ambulante la plaque est peu saillante et le bourrelet fait défaut. L'infection évolue, en général, par poussées successives, chacune de celles-ci s'accompagnant d'une forte élévation de la température, qui atteint 40° et 41°. La forme ambulante s'observe surtout quand l'érysipèle est consécutif à un traumatisme de la face ou du cuir chevelu. D'après notre statistique, la fréquence est de 3 pour 100 cas.

« Malgré la gravité des symptômes, et la longue durée de la maladie, la guérison est la règle, sauf si le malade est atteint d'une affection antérieure, ou si l'évolution est traversée par une des complications que nous avons étudiées. / »

Dans 22 de nos observations, nous avons noté l'existence de la forme ambulante de l'Erysipèle, et dans 8 de ces cas, il s'agissait de nouveaux-nés.

Observation n° 21

Mme T., veuve P., âgée de 42 ans, entrée le 29 avril 1933 à Claude-Bernard pour un Erysipèle de la face.

Le début a eu lieu dans la nuit du 28 au 29 avril, avec élévation de la température à 40°, frissons, céphalée et sensation d'œdème de la joue, au pourtour de l'œil droit.

Antécédents : parents b. p.

Personnels : rougeole dans l'enfance, angine il y a 3 ans. Un enfant b. p. Un autre mort à 15 mois de fièvre typhoïde ?

Mari décédé, blessé de guerre, laryngite ?

Examen : plaque s'étendant aux deux côtés de la face, atteignant les joues, le front, les lobes de l'oreille, respectant le menton et le cuir chevelu ; douloureuse, chaude ; adénopathie sous-angulo-maxillaire légère.

Troubles digestifs : langue saburrale, diarrhée depuis ce matin.

Foie gros, déborde de 3 travers de doigt ; quelques signes d'imprégnation éthylique.

Rate, poumons, cœur, réflexes : normaux.

La poussée d'érysipèle coïncide avec la période pré-menstruelle.

Le 3 mai : urée sanguine : 0 gr. 50.

Le 7 mai : la plaque s'est étendue au cuir chevelu.

Le 8 mai : extension à la nuque ; se plaint d'une douleur au côté gauche, rien au point de vue pulmonaire.

Le 9 mai : point de côté base gauche persiste, plus atténué ; on trouve ce matin : submatité, foyer de râles crépitans.

De ce côté : *extension de l'érysipèle au niveau du dos.*

Cœur un peu sourd, mais régulier. R. 128.

Le 10 mai : hémoculture : 0 ; urée sanguine : 0,72.

Le 11 mai : aggravation nette ; état d'obnubilation très marquée ; dyspnée ; R. 140 ; ventre ballonné ; incontinence complète des matières avec diarrhée. *L'érysipèle a gagné la face antérieure du thorax, le menton.* Légère raideur de la nuque. Auscultation : à droite, petit foyer.

Formule sanguine : G. R. 4,400,00 ; G. B. 12,000.

Poly-neutro: 86; Mononucléaires: 9; Lympho: 6.

Le 12 mai : obnubilation plus accentuée ; a déliré dans la nuit.

Température à 39°5. R. : 124.

Ponction lombaire : liquide clair ; albumine moins de 20 cgr. ; cellule de Nageotte : 2 éléments ; culot : lympho. Pas de germes.

Le 13 mai : température à 39°. R. : 135 toujours obnubilée.

Décédée le 14 mai.

L'ERYSIPELE DU NOUVEAU-NÉ

Tous les auteurs s'accordent pour souligner la gravité de l'Erysipèle chez le nouveau-né.

On appelle nouveau-né, l'enfant durant la période de la vie qui s'étend de la naissance à la chute du cordon ombilical et à la cicatrisation de la plaie.

Mais, l'Erysipèle n'est pas grave seulement dans cette période. Il l'est aussi jusqu'au 3^e mois de la vie, et même durant les 3 premiers mois, pour certains auteurs.

L'Erysipèle chez le nouveau-né est volontiers ambulant, et se complique fréquemment de suppuration et de gangrène, surtout au niveau des organes génitaux. Les complications telles que : la broncho-pneumonie, l'hépatite avec ictère la néphrite, la péritonite, la septicémie, sont souvent responsables de la mort du nouveau-né, au cours de l'érysipèle.

Parmi nos observations, nous nous trouvés 18 cas de mort par érysipèle chez des nouveaux-nés. Ce chiffre est assez notable puisqu'il représente 1/6 de la mortalité totale.

Sur les 18 nouveaux-nés décédés, la plupart (12) étaient au-dessous d'un mois.

Dans la moitié des cas, l'érysipèle ambulant était

en cause ; dans les autres cas, il s'agissait d'érysipèle des bourses ou de l'ombilic, ou d'érysipèle avec suppuration ; enfin dans un cas, l'enfant, âgé de 2 mois a succombé à une broncho-pneumonie, qui a même précédé l'apparition de l'érysipèle.

Roger, après avoir indiqué que ce sont Trousseau, Lorrain et Hervieux qui montrèrent la gravité de l'Erysipèle chez le nouveau-né et en donnèrent les modalités cliniques, décrit trois variétés d'Erysipèle chez le nouveau-né : le congénital, dû à l'infection sanguine du fœtus par la mère ; le péri-ombilical et enfin l'érysipèle de la face et des membres.

Voici ce qu'il écrit :

« Bien que le streptocoque puisse passer de la mère
« au fœtus, l'érysipèle congénital est extrêmement
« rare. Parmi le cas récents, les mieux étudiés, nous
« citerons celui de Lebedjew et celui de Hunter-
« Powell. Le premier concerne une femme atteinte
« d'un érysipèle du membre inférieur, qui accou-
« cha au septième mois. L'enfant avait un érysipèle
« généralisé et ne tarda pas à succomber ; l'examen
« bactériologique montra la présence du strepto-
« dans le sang. Dans le second cas, une femme fut
« atteinte d'un érysipèle de la face 48 heures avant
« l'accouchement. A la naissance, l'enfant avait des
« plaques érysipélateuses sur le front, le cou et la
« lèvre supérieure. Tous deux guérissent.

« L'érysipèle, développé autour de la plaie ombi-
« lical, était extrêmement fréquent à l'époque où
« l'on ne prenait aucune précaution, où l'on coupait

« le cordon avec des ciseaux sales, et où l'on ne pratiquait pas de pansement aseptique. Aujourd'hui, il est très rare. Pour l'éviter plus sûrement, Bar conseille de nettoyer l'enfant avec un mélange de glycérine et d'alcool, et de ne commencer les bains qu'après la cicatrisation de la plaie ombilicale. Il faut aussi se méfier, chez les prématurés, de la contamination dans les couveuses.

« L'infection, qui se fait par l'ombilic, se traduit par une inflammation péri-ombilicale. Plus souvent, comme l'avait vu Trousseau, elle débute plus bas, dans la région du pénil. Elle se caractérise, comme d'habitude, par la rougeur du tégu-ment ; la peau est tuméfiée et rugueuse, mais le bourrelet fait défaut, le plus souvent. L'infection cutanée s'étend rapidement ; dès le lendemain, les organes génitaux, les cuisses, le bas du ventre, sont envahis. L'enfant est agité ; il a des vomissements et de la diarrhée. La température monte à 38°-39°, parfois 40°-41° pour s'abaisser à la fin. Chez les débiles, elle peut tomber très bas. Les jours suivants, l'affection s'étend, l'enfant a le faciès grippé et les yeux caves ; assez souvent, l'ictère complète le tableau et la mort survient au bout de 5 ou 6 jours. Parmi les complications, nous signalerons : la suppuration et les plaques de gangrène, surtout fréquentes sur les organes génitaux ; la propagation de l'infection à la veine ombilicale provoquant une phlébite et, secondairement, de l'hépatite avec ictère ; la péritonite, qui s'observerait, d'après Lorain, dans un quart

« des cas et se traduit par le ballonnement du ventre, entraînant la mort en 24 heures. »

Quant à l'érysipèle de la face et des membres, Roger lui attribue la même gravité qu'à l'érysipèle péri-ombilical.

Observation n° 22

G. N., âgée de un mois, entrée le 12 juin 1933. Erysipèle ombilical ; érysipèle de la jambe et du pied gauches, et du pied droit, chez un enfant qui est pâle, hypotrophié et qui présente en outre du coryza, 2 panaris ostéomyélitiques (pouce gauche et médius droit) ; des ulcérations rétro-auriculaires. Ballonnement du ventre ; bouffissure de la face.

Pas de grosse rate.

Décédée le 14 juin.

Observation n° 23

E. N., âgée de 2 mois, entrée le 22 mars 1934 à Davaine.

Nourrisson de 2 mois, passe de Baudelocque dans le service pour Erysipèle de la face.

Antécédents : mère bien portante, bonne à tout faire ; père bien portant. Né à terme ; poids à la naissance : 2 kgs 500, le 15 janvier 1934 à Beaujon, Nourri au sein. Vers le 1^{er} mars : *broncho-pneumonie*, température à 39° ; abcès au genou ; intolérance du lait maternel ; lait condensé ; sérum physiologique.

Vers le 7 mars, passage à Baudelocque pour débilité : 2 kgs 100. On continue les enveloppements ; remise au lait maternel, sérum antidiphtérique ; entrée à 2 kgs 100, sortie à 2 kgs 080.

Actuellement, le 22 mars 1934 : érysipèle de la face.

Le 23 mars : poids, 2 kgs 025 ; respiration soufflante ; foie et rate : 0 ; température entre 38° et 39° ; selles.

légèrement diarrhéiques ; érysipèle généralisé de la face (sauf milieu du front, menton et oreilles).

Le 24 mars : épistaxis ; selle sanglante, température à 37°.

Le 25 mars : plusieurs selles sanglantes dans la nuit. Epistaxis. Anthéma.

Décédée le 25 mars.

L'ERYSIPELE DU VIEILLARD

L'Erysipèle est plus grave chez le vieillard que chez l'adulte, et cela d'autant plus que le sujet est plus âgé. Roger considère comme vieillard le sujet ayant dépassé la soixantaine.

Dans 36 cas, soit un tiers de l'ensemble de nos observations (105), il s'agissait de sujets âgés de plus de 60 ans .

Et sur ces 36 cas : 16 malades décédés avaient entre 60 et 70 ans ; 15 entre 70 et 80 ans ; 5 entre 80 et 85 ans. Ce sont les femmes qui ont la majorité : 20 femmes et 16 hommes.

L'atteinte de quels organes entraîne-t-elle la mort dans l'érysipèle des vieillards ?

Ce sont surtout les complications pulmonaires qui entraînent l'issue fatale. Viennent ensuite les atteintes hépatiques, rénales, et cardiaques.

Voici ce qu'écrivait Roger sur l'érysipèle des vieillards :

« L'érysipèle n'est pas absolument rare chez les
« vieillards. Notre statistique, qui porte sur 2.411
« cas, donne 205 cas au delà de 60 ans, ce qui fait
« une proportion de 8,5 pour 100. Comme toujours,

« les femmes sont plus souvent atteintes : 113
« contre 92 hommes. Dans la plupart des cas, l'éry-
« sipèle des vieillards débute autour d'une petite
« lésion du tégument ou des muqueuses. Il com-
« mence insidieusement ; les réactions générales
« font défaut. La fièvre est légère ou nulle et ne
« dépasse que rarement 38°. La plaque érysipéla-
« teuse est d'un rouge peu intense. Le bourrelet est
« peu marqué et la pression ne réveille pas de dou-
« leur. Malgré la bénignité apparente de la lésion,
« l'état général s'aggrave, la langue devient sèche,
« le malade s'affaiblit. Un délire doux et calme s'ins-
« talle. C'est en somme le tableau qu'on voit dans
« la plupart des infections chez les vieillards. La
« mortalité varie considérablement suivant les
« milieux. Elle a été de 20 pour 100 dans notre sta-
« tistique, 18 pour 100 dans celle de Lucien et Pari-
« sot, tandis que les cas réunis par Decosse ne
« donnent que 5,3 et ceux de Lamy 3,3. Quand le
« malade guérit, on voit souvent persister pendant
« longtemps un œdème chronique de la face. »

Observation n° 24

G. C., ouvrière, âgée de 77 ans, entrée le 21 avril 1933. Cette dame a été envoyée à Claude-Bernard par son médecin, pour Erysipèle de la face.

La malade avait eu un rhume, il y a une huitaine de jours. Jeudi matin, 20 avril, elle remarque une plaque rouge à la joue gauche ; vomissements, frissons ; le médecin consulté conseille l'entrée à Claude-Bernard.

Antécédents : aurait été soignée pour des crises cardiaques. Soignée à l'hôpital Tenon depuis 14 mois.

Réglée à 13 ans. Ménopause à 50 ans. Adénite sous-maxillaire. Pas d'enfants.

Aujourd'hui, 22 avril : température à 39°4. T. A. : 12 — 8,5.

Urines	{	A. : 0.
		S. : 0.
		U. : 0.

Poumons, cœur, foie, rate, réflexes : normaux.

A l'examen, la malade présente une tuméfaction rouge, non douloureuse, du nez, de la joue, de la paupière et du front, du côté gauche.

Le 26 avril : température à 39°1 ; pouls : 80 irrégulier.

Poumons : *quelques sous-crépitants aux 2 bases.*

Cœur : *arythmique.*

Décédée le 27 avril 1933.

L'ERYSIPELE CHEZ LES SUJETS AYANT DES LESIONS ORGANIKES ANTERIEURES

En lisant les observations des malades décédés à la suite d'érysipèle, nous avons été frappés par le fait que c'est souvent sur un terrain affaibli par des lésions ou affections antérieures que l'érysipèle prend un développement grave et mortel.

Il est évident qu'un organisme déjà touché dans ses moyens de défense oppose une moindre résistance à une attaque de toxi-infection, telle que l'érysipèle. Et nous croyons qu'il y a là une analogie avec les maladies anergisantes de l'enfance telle que la rougeole, qui favorise l'infection tuberculeuse et aggrave son évolution.

Dans 42 de nos observations, nous avons trouvé

l'existence d'affections médicales ou chirurgicales, ou de traumatismes antérieurs.

Nous attirons l'attention sur l'intoxication éthylique, qui aggrave notablement le pronostic de l'érysipèle.

Dans 5 observations, les sujets étaient porteurs d'une cirrhose de Laennec atrophique caractéristique, avec grosse rate, ascite, épistaxis récentes.

Dans 3 cas, il existait une imprégnation éthylique évidente, avec pituites matinales, cauchemars nocturnes, douleur aux mollets.

Enfin, dans un cas, il y avait abolition des réflexes aux membres inférieurs avec tremblement aux mains.

En tout, 9 cas, mais il faudrait y ajouter de nombreux cas où la cirrhose hépatique n'en était qu'à son début : légère hépatomégalie, avec ou sans urobiline dans les urines.

Parmi les autres affections antérieures à l'érysipèle, et qui affaiblissent l'organisme, les plus importantes sont :

1° Celles qui entraînent l'amaigrissement du sujet, comme les affections digestives chroniques et les affections pulmonaires chroniques.

2° Celles qui cachectisent le sujet par un séjour prolongé au lit *comme les affections chroniques* du système nerveux (paraplégie, tabès) et les fractures chez les vieillards.

3° Enfin, les maladies infectieuses aiguës récentes.
Dans nos observations, nous avons trouvé :

11 fois des affections pulmonaires, chroniques pour la plupart.

10 fois des affections du tube digestif ou de ses annexes : ulcère gastrique, appendicite, hernie étranglée, sténose du pylore, néoplasie rectale.

4 fois des affections chroniques du système nerveux.

5 cas de suppuration ganglionnaire ou cutanée.

4 cas de traumatisme : fractures du fémur ou des côtes ; décollement traumatique du cuir chevelu, qui a été le point de départ de l'Erysipèle.

4 cas de cardiopathie.

1 cas de néphrite.

5 cas de syphilis ancienne.

2 cas d'hypertrophie prostatique.

1 cas d'affection génitale chez la femme : hystérectomie totale, pour fibrome, deux semaines avant l'apparition de l'érysipèle de la hanche.

1 cas de mastoïdite, opérée un jour avant l'éclosion de l'érysipèle.

1 cas d'hypertension, avec épistaxis ayant nécessité le méchage, quelques jours avant le début de l'érysipèle.

1 cas d'angine aiguë avec troubles pulmonaires, une semaine avant le début de l'érysipèle.

Mais, dans ces quatre derniers cas, il n'y a pas eu seulement affaiblissement de l'organisme par les affections en cause ; celles-ci ont été avant tout la cause immédiate de l'infection streptococcique ou, autrement dit, l'érysipèle a pris naissance dans des

foyers streptococciques préparés par ces affections qui l'ont précédé de peu.

Dans certaines de nos observations, les malades présentaient deux affections antérieures associées, ou même trois, comme ce cas où le malade était porteur de bacilles de Koch dans les crachats, d'un rétrécissement de l'œsophage, et d'une contracture en flexion des membres inférieurs.

Roger ne parle que des affections antérieures du cœur, du foie et du rein, dans leurs rapports avec l'érysipèle.

Voici ce qu'il en dit :

« Les tares antérieures du malade, les lésions des
« organes constituent les principaux facteurs de la
« gravité. Les cardiopathies assombrissent le pro-
« nostic. Cependant, sur 33 observations que nous
« avons recueillies il n'y eut que 4 morts. Si l'affec-
« tion cardiaque est bien compensée, l'évolution est
« favorable. Il n'en est plus de même chez les asys-
« toliques et les artério-scléreux atteints de myocar-
« dite chronique. La gravité est moins en rapport
« avec la lésion du cœur qu'avec les troubles secon-
« daires des reins et du foie. Ces organes sont, en
« effet, ceux dont l'intégrité importe le plus à l'issue
« favorable.

« Dans les affections du foie, le pronostic dépend
« de l'état fonctionnel des cellules hépatiques. En
« cas de cirrhose hypertrophique biliaire ou de cir-
« rhose alcoolique hypertrophique avec ascite, la
« guérison est de règle. La cirrhose atrophique com-
« porte un pronostic extrêmement grave. Notre

« statistique met bien en évidence cette influence
« des lésions hépatiques : sur 2.296 adultes, 10 sont
« morts par suite d'une affection antérieure du foie,
« alors que la mortalité globale a été de 109 cas. La
« proportion est de 1 sur 11. A l'autopsie, on trouva
« 6 fois une cirrhose avec altérations cellulaires dif-
« fuses. Dans les quatre autres cas, les lésions quo-
« que très accentuées, étaient restées latentes. C'est
« en grande partie aux lésions du foie qu'il faut
« attribuer, chez les buveurs, la gravité de l'érysi-
« pèle, et même le développement du délire.

« Le rein joue un rôle moins important. Les
« malades atteints de néphrite supportent très bien
« l'érysipèle. C'est seulement dans les cas avancés,
« chez les malades dont les téguments sont infiltrés
« ou dont l'épuration insuffisante provoque des acci-
« dents urémiques que l'érysipèle entraîne la ter-
« minaison fatale. »

Les observations que nous avons reproduites dans
les chapitres précédents sous les numéros : 5, 9, 12,
14, 17, 18, 21, 23, sont autant d'exemples d'érysi-
pèle chez des sujets porteurs de lésions antérieures.

5 (cardiopathie), 9 (néphrite), 12 (grippe), 14
(appendicite suppurée), 17 (hystérectomie), 18
(hypertension avec épistaxis), 21 (intoxication alcoo-
lique du foie), 23 (broncho-pneumonie, abcès du
genou).

SEPTICEMIE A PNEUMOCOQUES

Dans un cas, parmi nos observations, l'hémoculture a montré l'existence d'une septicémie, mais d'une septicémie à pneumocoques.

La septicémie à pneumocoques, au cours d'érysipèle, doit être rare et nous dirons même exceptionnelle, et n'est évidemment qu'une trouvaille d'hémoculture.

Voici l'observation en question :

Observation n° 25

Mme B., femme de ménage, âgée de 51 ans (auparavant fille de salle dans un restaurant), est envoyée par son médecin pour Erysipèle de la face. Entrée le 9 mars 1933.

Le début remonte au lundi 6 mars ; à cette date, malaise général, courbature, céphalée, nausées, vomissements, quelques frissons, fièvre à 39°.

Le mardi 7 mars, enflure ayant débuté à l'œil droit (œil fermé), rouge, douloureuse.

Le mercredi : les signes généraux persistent.

Le 9 mars : l'enflure de l'œil droit diminue. Atteinte des 2 paupières gauches et de la joue gauche ; les malaises cessent. Elle est envoyée à Claude-Bernard.

Antécédents : un enfant. Pas de fausses couches. Bronchites dans l'enfance, rougeole à 18 ans.

Depuis 10 ans : douleurs gastriques survenant par périodes de crises douloureuses, en général une heure ou deux heures après les repas, calmées par les vomissements, parfois avec filets de sang.

On la soigne pour ulcération d'estomac.

Il y a un an : ménopause sans incidents.

Mais depuis : céphalée fréquente, vertiges, fourmillements dans les jambes, mouches volantes, cauchemars, rêves professionnels, *pituïtes matinales*.

Vendredi 10 mars : température à 38°2 (était hier soir à 39°). T. A. : 14 — 8,5 ; urines : albumine: 0 ; sucre: 0 ; urobiline : +.

Paupières gauches, enflées avec rougeur légère ; infiltration légère de la pommette gauche, peu douloureuse, sans bourrelet ; ganglions un peu douloureux, langue humide, gorge tuméfiée, un peu rouge.

Poumons : quelques râles sous-crépitants à la base gauche.

Cœur : normal.

Foie : un peu *augmenté de volume*, légère douleur au carrefour duodéno-pylorique.

Rate : percutable.

Réflexes : normaux. Pas de Babinski ; pupilles réagissent.

Le 12 mars : température à 40°. P. 128. R. 40.

Hémoculture + au pneumo.

Décédée le 12 mars.

Dans cette observation, la septicémie pneumococcique a été découverte au dernier jour de la vie de la malade et a été précédée par une angine érythémateuse et une atteinte du poumon gauche à sa base. Elle est restée silencieuse cliniquement car aucune localisation septicopyohémique n'est apparue, ni aux articulations, ni aux reins, ni aux yeux, complications dont souligne la fréquence, au cours de septicémies pneumococciques graves, notre maître le Professeur A. Lemierre dans ses cliniques sur les maladies infectieuses.

QUELQUES CAUSES RARES DE LA MORT DANS L'ÉRYSIPELE

Nous terminerons notre thèse par la description de quelques complications de l'érysipèle peu fréquentes mais graves, description que nous avons trouvée dans le dictionnaire de Dechambre et Lereboullet.

Ce sont des cas que les auteurs classiques appelaient : « érysipèle interne. »

Nous n'en avons pas trouvé, parmi nos observations, des cas analogues.

ÉRYSIPELE DU LARYNX. — Les symptômes sont ceux d'une laryngite plus ou moins intense que vient parfois compliquer l'apparition d'un œdème de la *glotte* ; on voit alors le tableau clinique de la sténose laryngée ; la gêne respiratoire est plus ou moins grande, l'inspiration surtout difficile.

La mort peut survenir dans un accès de suffocation ; l'issue fatale peut être conjurée par la trachéotomie.

PHARYNGITE ÉRYSIPELATEUSE. — L'affection pharyngienne peut se terminer par *gangrène* ; lorsque la maladie prend une tournure aussi sérieuse, tous les signes généraux s'aggravent, il se déclare un état typhoïde et le malade peut succomber dans le collapsus.

ENTÉRITE ÉRYSIPELATEUSE. — Il en existe une observation, suivie d'autopsie, due à Ivanovski dans laquelle l'érysipèle s'est propagé du périnée au rec-

tum, au colon, et jusqu'au coecum. La muqueuse du coecum et du colon ascendant était pâle, friable; les follicules clos faisaient une légère saillie. Dans la partie inférieure du gros intestin, la muqueuse était épaissie, infiltrée, et présentait par places une teinte rougeâtre. Au niveau des follicules, on observait de petites érosions arrondies, superficielles.

CONCLUSIONS

1° Ce sont les *pneumopathies* qui entraînent le plus souvent l'issue fatale au cours de l'érysipèle.

2° Les complications cardiaques, rénales et hépatiques, tout en causant assez fréquemment la mort du malade, se placent au second rang.

3° L'intégrité du foie a une importance capitale pour l'issue favorable de l'Erysipèle. L'atteinte hépatique antérieure, surtout alcoolique, permet à l'érysipèle de prendre une évolution grave et favorise les complications septicémiques, suppuratives et autres.

4° Et en général, les tares antérieures du sujet, les lésions des organes, les interventions ou traumatismes récents affaiblissant la résistance du malade, sont tous des facteurs pouvant amener une issue fatale, au cours de l'érysipèle.

5° L'érysipèle est plus grave chez les tout-petits, jusqu'au 4^e mois de la vie, et les sujets âgés à partir de 60 ans.

6° Dans certains cas, la gravité de l'érysipèle dépend, en dehors de toute autre considération, avant tout de la virulence même du streptocoque, virulence qui provoque des formes étendues, ambulantes, des septicémies parfois.

7° Souvent, très souvent, plusieurs des facteurs précédents entrent en jeu, s'associent pour aggraver l'évolution de l'érysipèle et amener la terminaison fatale.

Vu : Le Doyen,

ROUSSY.

Vu : Le Président de Thèse,

LEMIERRE.

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHALME. — Considérations pathogéniques sur l'Erysipèle (1892).
- ANDRIEU (A.). — Complications pleuro-pulmonaires de l'Erysipèle (1899-1900).
- BACH (A.). — La tension artérielle au cours de l'Erysipèle et sa valeur pronostique (1911-1912).
- BARBIER. — Oreillons, coqueluche, grippe, Erysipèle médical (1922).
- BAUDE (E.). — Complications articulaires de l'Erysipèle (1898-1899).
- BEIGDEBER (F.). — Délire dans l'Erysipèle (1897-1898).
- BIRADES. — Erysipèle péri-ombilical du nouveau-né. Bordeaux (1920).
- BRIDIERS DE VILLEMOR. — Erysipèle dans les maladies du foie (1893-1894).
- CACHERA-MAGRAH (E.). — L'Erysipèle chez les nourrissons dans les trois premiers mois de la vie (1933).
- CHAMINADE (Y.). — Erysipèle dans l'état puerpéral (1893-1894).
- CHATONNET. — Péritonite et Erysipèle en dehors de l'état puerpéral. Lyon (1909-1910).
- CHEVÉ (A.). — Erysipèle des enfants nouveaux-nés et à la mamelle (1898-1899).
- COUVELAIRE, LEMIERRE et LENORMANT. — Pratique médico-chirurgicale.
- CROCHET (A.). — Accidents nerveux de l'Erysipèle (1894-1895).
- DECHAMBRE et LEREBoullet. — Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales.

- DECORSE (G.-J.). — De la mort dans l'Erysipèle (1897-1898).
- DEFOULOY (P.). — Contribution à l'étude de l'Erysipèle du nouveau-né (1932).
- DELHOUME (L.). — L'Erysipèle du nouveau-né (1913-1914).
- DUBOIS (H.). — Complications articulaires de l'Erysipèle, spécialement les arthrites suppurées (1900-1901).
- DUPERTOUT (D.). — Erysipèle gangréneux (1935).
- GUICHARDON (Margueritte). — Des infections à streptocoques au cours de la grossesse, en particulier des Erysipèles et des pleurésies purulentes (1910-1911).
- HENRI (A.). — De la péritonite érysipélateuse, en particulier au cours de l'Erysipèle de la face. Lyon (1913-1914).
- JAMAIN. — Les complications suppuratives de l'Erysipèle de la face. Bordeaux (1919).
- JENOT (M.-E.). — Erysipèle au cours de la scarlatine (1919-1920).
- LAMY (P.). — Erysipèle des vieillards (1912-1913).
- LAPORTE (P.). — Polynévrites post-érysipélateuses (1919-1920).
- LEMAIRE (E.). — Erysipèle des nouveaux-nés (1892-1893).
- LEMIERRE. — Th. 1903-1904 (Numéro 532).
— Leçons cliniques sur les maladies infectieuses professées à l'hôpital Claude-Bernard.
- MARAIS (I.). — Arthrite érysipélateuse (1907-1908).
- MATHIAS (A.). — Néphrite érysipélateuse (1924).
- NOURRY (A.). — Complications cardiaques de l'Erysipèle et érysipèle chez les cardiaques (1904-1905).
- PARVU (E.-C.). — Manifestations articulaires au cours de l'Erysipèle (1896-1897).

- PINALIE (M.). — Complications méningées de l'Erysipèle de la face avec ou sans septicémie (1923).
- PRINCE (H.). — Erysipèle gangréneux (1906-1907).
- ROY (C.). — Urobilinurie et glycosurie dans l'Erysipèle (1893-1894).
- ROGER, VIDAL et TEISSIER. — Nouveau traité de médecine.
- SALVY (E.). — Erysipèle et menstruation (1895-1896).
- SERGENT, RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX. — Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée.
- SOTO-IRIBARREN (R.). — Erysipèle du sein pendant l'allaitement (1932).
- WIBAULT (C.). — Infections broncho-pulmonaires par apport vasculaire dans les streptococcies cutanées des enfants. — Erysipèle du premier âge (1900-1901).

